Nr. 8 19. lutego 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Seweryn Sterling. Łódź.

Przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych, jako objaw stanu czynnego gruźlicy.

Przy badaniach fizjologicznych oddziela się krwinki białe od czerwonych za pomocą dodawania do krwi końskiej cytrynianu sodu, który znosi krzepliwość; w tej krwi krwinki czerwone opadają natychmiast na dno naczynia. We krwi ludzkiej to osadzanie się krwinek zachodzi bardzo wolno; zdarzają się jednak przypadki, w których zjawisko to odbywa się szybciej; czasem, zadziwiająco szybko; pojawia się to przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych ludzkich w przebiegu wielu schorzeń.

Technika badania tego zjawiska nie jest ustalona; jedni badacze używają w tym celu większych ilości krwi (10 ctm.³) ,inni, mniejszych (0,8 ctm.³); używane też bywa różne instrumentarjum i różnie oceniamy stosunek przebiegu osadzania się do czasu.

W moich badaniach posługiwałem się metodyką S t a r l i n g e r a. Z żyły okolicy łokciowej, na krótką chwilę (10 do 15 sekund) przewiązanej, wyciągany 0,8 ctm.³ krwi, którą wlewamy do probóweczki, mającej na dnie 0,2 ctm.³ trzyprocentowego roztworu cytrynianu sodu; próbówkę, zatkaną palcem, odwracamy wolno, raz jeden, otworem ku dołowi, by zmieszać krew z cytrynianem (kropelkę krwi z palca należy wytrzeć o otwór, by spłynęła do środka). Używana w tym celu próbówka ma średnicy w świetle 5 mm.; ze strony otworu ma podziałkę odpowiadającą 1 ctm.³ zawartości; niżej ku dołowi ma jeszcze trzy podziałki, odpowiadające 6, 12 i 18-stu milimetrom oddalenia od podziałki górnej.

Szybkość osadzania się krwinek czerwonych mierzymy ilością minut, jakie upływają od chwili nastawienia mieszaniny krwi i cytrynianu sodu, aż do zrównania się gęstego osadu z poziomem kolejnych trzech podziałek. Linja tego poziomu jest bardzo wyraźna: płyn ponad nią jest przeźroczysty; zdarza się jednak (w moim materjale w 10 % badanych przypadków), że osiadanie nie następuje stopniowo: odrazu tworzą się kłaczki niekształtne, unoszące się w płynie czerwonawym (hemoliza), a w chwili wyjaśnienia się płynu i utworzenia wyraźnej linji demarkacyjnej poziomej, krwinki osiadły już były niżej drugiej, nawet niżej trzeciej podziałki. W tym razie nie udaje się określić czasu osiągnięcia przez osad kolejnych podziałek. (Patrz przypadki 51, 92, 100, 105, 106 tablicy).

Prawidłem jest osadzanie się krwinek w warstwie dobrze ograniczonej: bardzo powoli u ludzi zdrowych, szybko, czasem bardzo szybko, w stanach chorobowych; w ostatnim przypadku nasuwa się porównanie do „topnienia“ śniegu.

Odczytywanie wyniku po upływie pewnego; stałe umówionego czasu, np. po godzinie, jak to radzą niektórzy badacze, nie prowadzi do celu, przynajmniej, jeśli chodzi o dalsze okresy suchot płucnych lub o czynną gruźlicę pozapłucną.

Opisana metoda badania daje wyniki tak wyraźne i niedwuznaczne, różnica w szybkości osadzania się krwinek czerwonych bywa tak wybitną, jak rzadko w której innej z metod badania bjologicznego. Dlatego sama technika nie może być źródłem omyłek.

Jak powiedziałem, badanie polega na notowaniu czasu (w minutach), w ciągu którego poziom osadu opuści się, kolejno, o 6, 12 i 18 mm. Chcąc w jednej liczbie wyrazić ogólny wynik szybkości osadzania się krwinek czerwonych danej krwi, S t a r l i n g e r wyprowadza średnią arytmetyczną z trzech otrzymanych liczb. W tablicach niżej podanych oznacza ją symbol S. = *Sedimentatio.* Nie daje jednak S. pojęcia o przebiegu osadzania; jest jedynie skrótem używanym dla wygody. Jaką wartość ma krzywa przebiegu osadzania się krwinek czerwonych, a ma ją niewątpliwie, musi być dopiero rozstrzygnięte przez dalsze spostrzeżenia. Przy badaniach tego rodzaju wypadnie użyć techniki nieco odmiennej: Krew wciągnąć do strzykawki dwugramowej, zawierającej 0,4 cm³ cytrynianu sodu, by jak najszybciej zmieszać oba płyny. Mieszaninę, wypuszczoną na szkiełko wgłębione, wciągnąć do pipetki o drobnej podziałce; dolny otwór pipetki zacisnąć palcem aż do chwili zalepienia otworu górnego np. plasteliną. Drobne podziałki pozwolą na dokładniejsze określenie w czasie przebiegu osadzania się.

Niezbyt liczne badania szybkości osadzania, dotąd wykonane, pozwoliły na wnioski następujące:

1. Szybkość osadzania się krwinek czerwonych jest dla danego osobnika zdrowego wielkością stałą; pomiary powtarzane dawały różnice znikomo małe.

2. Zdaje się, że ta sama stałość trwa w przebiegu choroby, o ile w stanie chorego nie zaszła zmiana.

Krew kobiet zdrowych daje S. niższe, aniżeli krew mężczyzn zdrowych. W stanach chorobowych ta różnica płci zaciera się; przy znacznem przyśpieszeniu osadzania się znika zupełnie.

Krew ludzi starych osadza się szybciej, niż ludzi młodych.

3. Obliczenia S t a r l i n g e r a dają: dla mężczyzn zdrowych przeciętną S. = 332, dla kobiet S. = 182.

Jednak już liczby niższe, aniżeli 200 dla mężczyzn, a niższe, aniżeli 100 dla kobiet; należy uważać za wyraz jakiegoś istniejącego schorzenia.

4. Przyspieszone osadzanie się krwinek czerwonych stwierdzono dotąd: podczas ciąży i miesiączki, w przebiegu cierpień kiłowych mózgu; w przebiegu kiły, szczególnie drugorzędnej; w przebiegu zimnicy, gośćca, chorób nerkowych i wątrobowych, w przebiegu gorączek różnego pochodzenia, przy stwardnieniu naczyń, wreszcie, przy gruźlicy.

Metodę osadzania się do badania krwi niekrzepnącej stosował E. B i e r n a c k i w r. 1894 w swych badaniach, mających na celu określenie objętości ciałek czerwonych; niekrzepnięcie krwi osiągał przez dodawanie szczawianu sodu. W tej pracy B i e r n a c k i już zwraca uwagę na to, że „dzielenie się krwi na dwie ostro odgraniczone warstwy: górną, słabo—żółte osocze, względnie surowicę, i dolną, czerwone ciałka krwi“, występuje w niektórych przypadkach już po pół godzinie; że „szybkość osadzania bywa różną“; że „w tym względzie zachodzi charakterystyczna różnica pomiędzy krwią normalną i patologiczną“.

Nie badał jednak B i e r n a c k i różnic w szybkości osadzania się w związku z różnemi stanami patologicznemi. Zbadał natomiast różnicę w szybkości osadzania się krwi nieodwłóknionej i odwłóknionej i doszedł do wniosku, że „we krwi nieodwłóknionej osadzanie się zachodzi daleko szybciej, niż we krwi odwłóknionej“.

Pierwszym badaczem, który opisał przyspieszone opadanie krwinek czerwonych w zależności od stanu chorobowego, był Dr. H i r s z f e l d, w r. 1917. Spostrzegł on to zjawisko we krwi chorych na zimnicę, głównie na charłactwo zimnicze, i wypowiedział przypuszczenie, że tosamo zjawisko występować musi i w innych postaciach niedokrwistości.

W roku następnym opisał zależność szybkości osadzania się krwinek czerwonych od różnych stanów patologicznych szwed F å h r a e u s w r. 1918; dotąd tej sprawie poświęcono kilkanaście prac naukowych.

Przyśpieszenie osadzania się ma zależeć od zwiększenia się we krwi ilości fibrynogenu; to zaś jest wynikiem rozpadu tkanek (przyczem rozpad ciałek krwi jest równoznaczny z rozpadem innych tkanek).

Zjawisko osadzania się krwinek jest zjawiskiem auto-aglutynacji; jego zależność od ilości fibrynogenu stara się wyjaśnić S t a r l i n g e r. Dla braku miejsca muszę pominąć streszczenie jego hypotezy. Łańcuch zależności, zachodzących w zjawisku omawianem, tak przedstawia: rozpad tkanki, fibrynogen, ułatwione zlepianie się krwinek czerwonych, przyśpieszone osadzanie się. L.

L. Hirszfeld uzależnia przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych od hypoglobulji.

Ubocznie popiera teorję zależności szybkości osadzania się krwinek czerwonych od ilości fibrynogenu we krwi fakt stałego znajdywania we krwi kobiet zdrowych większych ilości fibrynogenu, aniżeli we krwi mężczyzn.

W związku zaś z poruszonem w tej pracy zagadnieniem gruźlicy, ważną jest praca Frischa, który wykazał we krwi chorych na gruźlicę zwiększanie się ilości fibrynogenu równoległe z postępem zniszczenia swoistego. Ze zaś krew chorych na gruźlicę zawiera wogóle ilość fibrynogenu większą, niż krew normalna, pierwszy wykazał Moraczewski, w r. 1903.

Wyniki badań, jakie, wspólnie z mymi współpracownikami, przeprowadziłem w 107 przypadkach chorobowych, zawierają trzy tablice, uwzględniające: rozpoznanie kliniczne, wiek, płeć chorych i cyfry szybkości sedymentacji.

Nie mogąc, dla braku miejsca, podać tablic *in extenso*, przyłaczam z każdej po kilka przypadków.

Zestawienie szybkości osadzania się krwinek czerwonych z objawami klinicznemi pozwala na wnioski następujące:

1. Fakt przyśpieszenia osadzania się nie jest objawem swoistym.

Co najwyżej, posłuży do odróżnienia stanu zdrowia od stanu schorzenia wogóle; być może, do odróżnienia schorzeń organicznych od czynnościowych i, z wieloma zastrzeżeniami, do wykrycia udawania (symulacji) cierpień organicznych.

2. Obniżone S. nie jest objawem, na podstawie którego wolno rozpoznać gruźlicę.

3. Normalne S. wyklucza obecność gruźlicy, jako przyczyny spostrzeganych objawów chorobowych.

4. Niewielkie przyspieszenie osadzania się krwinek czerwonych zdaje się wykluczać obecność spraw postępujących, pneumonicznych, serowacenia.

5. Przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych nie jest objawem właściwym jednej jakiejś postaci klinicznej suchot płucnych; w przebiegu każdej postaci suchot można wykryć niskie cyfry dia S., zależnie od odbywającego się postępu sprawy chorobowej.

6. Obecność i natężenie spraw gruźliczych czynnych oceniamy obecnie przedewszystkiem przez śledzenie toru ciepłoty (jako najuchwytniejszego objawu gorączki). Ten wskaźnik zawodzi w niektórych postaciach suchot płucnych (i, częściej, gruźlicy pozapłucnej). Prototypem przebiegu bezgorączkowego są np. suchoty starców. Klinika francuska wyróżnia postać: *phtisis pulmonum ulcero-fibrosa cachectisans*, przebiegającą bez podniesienia ciepłoty, a zależną od postępu sprawy gruźliczej, W takich przypadkach określanie S. wprowadza nowy, ważny czynnik rozpoznawczy.

Ważniejszym jest jednak fakt, że w przebiegu gruźlicy nie pozostaje S. w żadnej zależności od wysokości ciepłoty. Najwyższe S. otrzymywaliśmy w przypadkach bezgorączkowych, lub, co najwyżej, podgorączkowych, zarówno w gruźlicy płucnej, jak i pozapłucnej. Odpowiadały one postępowi objawów ogólnych: wychudnięcia, wyczerpania, osłabienia.

Dlatego, jak się zdaje, określenie S. może mieć przy poszukiwaniu objawów gruźlicy czynnej wartość wyższą od określania toru ciepłoty.

7. Gruźlica pozapłucna, przynajmniej ludzi starszych (takich tylko badaliśmy), daje zawsze bardzo niskie S.

Dlatego, oceniając wartość kliniczną S., należy wykluczyć obecność gruźlicy pozapłucnej, więc przedewszystkiem: zapalenia wysiękowego opłucnej (skąd, widocznie, zostaje w dużych ilościach do krwi wessany fibrynogen, pochodzący z rozpadu krwinek białych) i ropienie gruźlicze.

7. Stwierdzenie obecności gruźlicy (przedewszystkiem wykazanie kiedykolwiek obecności laseczników Kocha w plwocinie) przy względnie wysokiej cyfrze S. daje prawo do rozpoznania *phtisis pulmonum stationaris*.

8. Wznoszenie się cyfr S. w przebiedu suchot jest wyrazem poprawy stanu płuc.

W przypadkach 73 i 91 pod wpływem odmy piersiowej sztucznej otrzymaliśmy wzrost S. o 50 % i 250 % (tak jak w przypadku 26), równolegle do poprawy ogólnej.

	Rozpoznanie	Wiek.	Płeć.	Szybkość osadzania się w minut. 6 mm.	12 mm.	18 mm.	S. =
	I. Schorzenia różne.						
1.	Emphysema pulmonum	47	M	125	200	179	169
3.	Diabetes insipidus	26	K	66	95	170	110
5.	Lues secundaria, Meningitis specifica	23	M	13	10	200	81
17.	Carcinomatosis	40	M	8	12	55	25
19.	Cirrhosis renum secundaria	25	K	12	15	25	17
25.	Erythema nodosum	38	K	5	7	4	5
	Casus idem. Amelioratio			11	8	10	10
26.	Rheumatismus artic. ac. Pleuritis rheum.	22	K	6	1	1	3
	Casus idem. Amelioratio			10	6	9	8
	II. Phtitis pulmonum.						
27.	Obsoleta	22	K	38	122	588	249
28.	Incipiens, stationaris	22	M	307	50	208	188
29.	Suspitium	24	M	163	165	225	168
33.	Confirmata, fibrosa. Bronch. asthmatica	38	M	62	92	216	120
40.	Incipiens	22	M	67	63	110	80
43.	Incipiens. Haemoptysis	19	M	95	55	55	68
44.	Incipiens, progrediens	21	M	26	75	70	67
48.	Confirmata, fibroso-caseosa	17	M	23	32	70	42
	Casus idem. Status idem.			29	30	55	38
51.	Confirmata, fibroso-caseosa	47	M	—	—	96	32
52.	Incipiens, progrediens	14	K	21	24	32	28
55.	Incipiens, progrediens	42	K	32	14	35	27
58.	Confirmata, fibroso-caseosa	40	K	20	17	28	18
67.	Consummata	32	M	13	10	13	12
71.	Confirmata, cum pneumothorace	23	K	11	10	11	11
72.	Incipiens, cum laringitide tub.	20	M	12	8	10	10
73.	Confirmata, fibroso-caseosa	45	K	10	5	15	10
	Casus idem. Amelioratio post pneumothoracem artif.			14	8	23	15
76.	Incipiens, progrediens	30	M	10	10	8	9
85.	Consummata	28	M	7	7	6	7
91.	Consummata	20	M	3	3	2	3
	Casus idem. Amelioratio post pneumothoracem artific.			8	7	10	8
92.	Consummata	19	K	—	—	10	3

	III. Tuberculosis extrapulmonalis.						
93	Caries ulnae tuberculosa	16	M	31	28	60	38
94.	Pleuritis tuberculosa	19	M	32	11	8	19
100.	Lymphomata colli tuberculosa	30	M	—	—	19	6
105.	Coxitis tubercul. Fistula femoris	27	K	—	—	12	4
106.	Pleuritis tuberculosa	29	M	—	—	10	3

Rzekome pogorszenie, mierzone przez obniżanie się S., może zależeć od, tak częstego w przebiegu leczenia odmą, powikłania przez wysięk opłucnowy.

R e s u m é. Badanie przyśpieszonego osadzania się krwinek czerwonych jest metodą kliniczną dostępną dla lekarza praktyka. W zakresie gruźlicy zapowiada zbogacenie metod: odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej; śledzenia przebiegu zmian gruźliczych czynnych; ustalania rokowania w zakresie przebiegu spostrzeganego w danej chwili skoku choroby. Przyśpieszone osadzanie się jest tak, jak np. gorączka, właściwe wielu zaburzeniom. Korzystać z tego objawu w klinice należy w związku z innemi istniejącemi współcześnie objawami, swoistemi i nieswoistemi.

Piśmiennictwo.

Piśmiennictwo, z którego korzystałem bezpośrednio: B e n i n g h o f. Klinische Untersuchungen ueber die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen im Zitratblut. M. m. W. 1921. N. 41. E. B i e r n a c k i. O stosunku osocza do ciałek czerwonych we krwi krążącej i o wartości różnych metod oznaczania ogólnej objętości krążków. Pam. Tow. Lek Warsz. r. 1894. F r i s c h. Ueber Bluteiweissuntersuchungen bei Tuberculosc. Beitr. zur Klinik der Tub. 1921. Tom. 48. Zeszyt 2. F r i s c h i S t a r l i n g e r. Ueber die klinische Verwertung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten bei der Lungentuberculose. Med. Klinik. 1921. N. 38 i 39. L. H i r s z f e l d. Ueber ein neues Blutsymptom bei Malariakrankheiten. Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte 1917 Nr. 31. P l a n t. Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen bei Nerven- und Geisteskrankheiten. M. m. W. 1921. N. 10. P o p p e r i W a g n e r. Ueber die Sedimentierungsgeschwindigkeit des Luetikerblutes. Med. Klinik 1920. N. 36. S a c h s i O e t t i n g e n. Zur Biologie des Blutplasmas M. m. W. 1921. N. 12. S t a r l i n g e r. Ueber Agglutination und Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten. Biochem. Z. 1921. Tom. 114. — Ueber Agglutination und Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten II. Mitteilung. Biochem. Z. 1921. Tom. 122. — Ueber das Flockungsvermögen des menschlichen Blutplasmas. Biochem. Z. 1921. Tom. 123. W e s t e r g r a e n. Ueber Suspensionsstabilitat des Blutes bei Lungentuberkulose. Beitr. zur Klinik d. Tub. 1921. Tom 46 Zeszyt 2.

Dr. Marja Demianowska, asyst. kliniki. Lwów.

Obustronne porażenie nerwu promieniowego w przypadku wiądu rdzenia.

Z ambulatorjum dla chorób nerwowych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
(Dyr. Prof. H. H a l b a n).

Do tutejszego ambulatorjum chorób nerwowych zgłosił się w styczniu r. 1920. N. L. izraelita, lat 50 liczący, z powodu porażenia obu nerwów promieniowych.

Badany podaje, że porażenie to wystąpiło nagle przed trzema dniami. W poczekalni kolejowej, zmęczony i zmarznięty, drzemiąc, podkładał pod głowę naprzemian to jedną to drugą rękę. Trwało to około 1—1½ godziny. Po przebudzeniu się zauważył, że zupełnie nie może poruszać rękami przy zachowanej ruchomości w barku i w stawie łokciowym. Badany podaje w wywiadach, że chorób zakaźnych nie przechodził, alkoholu nigdy nie używał. Od dłuższego czasu cierpi na zaburzenia pęcherzowe, a mianowicie odczuwa częste parcie na mocz z uczuciem kłucia w okolicy pęcherza; czasem mocz sam odchodzi. Od 15-tu lat występują u niego napadowe bole w kończynach dolnych, które uważa za bole goścowe. Początkowo usadowione były te bole w stopie a zwłaszcza w dużym palcu, obecnie zajmują całe obie dolne kończyny. Kiły wedle zapodań nie przechodził.

Przedmiotowe badanie wykazuje: źrenice szerokie, prawa nieokrągła, węższa od lewej, obie wcale nie oddziaływują na światło, na akkomodację słabo. Pozostałe nerwy mózgowe nie wykazują zmian; odruchy okostnowe zachowane i równe, odruchy kolanowe utrzymane, lewy jednak znacznie słabszy od prawego, odruchy ze ścięgna Achillesa: prawy utrzymany, lewy ledwie zaznaczony. Objaw R o m b e r g a dodatni. Bezład dolnych kończyn, zwłaszcza lewej, przy trudniejszych próbach zaznaczony. Podobnie zachowuje się także kończyna górna lewa. Na piersiach stwierdza się wysepkowe znieczulenia, na stopach i podeszwach zaś opóźniony odczyn czuciowy. Czucie głębokie jest bez zmian.

W zakresie nerwów obwodowych rdzeniowych stwierdzono typowe uciskowe porażenie obu nerwów promieniowych bez naruszenia funkcji mięśni trójgłowych. Obie kończyny górne ustawione w stawach nadgarstkowych w zgięciu dłoniowem, palce zgięte w stawach dłoniowo-członowych, kciuk przywiedziony do palca drugiego. Wyprostowanie rąk w stawie nadgarstkowym i palców w stawach dłoniowo-członowych niemożliwe, również niemożliwe wyprostowanie i odwiedzenie palucha i ruchy boczne w nadgarstku. Prostowanie palców w pierwszym i drugim stawie międzyczłonowym, jak również oddalanie i zbliżanie palców jest możliwe po uprzedniem biernem wyprostowaniu rąk. Zginanie palców nadgarstka i łokcia zachowane, tylko, jak zwykle w tego rodzaju przypadkach, ze słabą siłą. Wszystkie rodzaje czucia na grzbiecie rąk i palców w stosunku do ramienia są obniżone, wszystkie zaś pnie nerwowe kończyn górnych tkliwe na ucisk. Pobudliwość obu nerwów promieniowych na prąd elektryczny nieznacznie jest obniżona, bez zmian jakościowych. W a s s e r m a n n we krwi dodatni. R o z p o z n a n i e: Obustronne obwodowe porażenie nerwu promieniowego w przebiegu wiądu rdzenia.



Zastosowano elektryzowanie obu kończyn górnych i wstrzyknięcie rtęci; w przeciągu trzech miesięcy nastąpiła poprawa. Chory porusza rękami, może pracować, tylko siła motoryczna w obrębie mięśni zaopatrywanych przez nerwy promieniowe słaba. Chory skarży się w dalszym ciągu na zaburzenia pęcherzowe i bole w kończynach. Przedmiotowo stwierdza się te same objawy wiądu, co przy pierwszem badaniu.

Przypadek ten budzi zainteresowanie ze względu na rzadkość, z jaką występują obustronne porażenia nerwu promieniowego wogóle, a w przebiegu wiądu rdzenia w szczególności. Porażenia takie obustronne zdarzają się, podobnie jak i jednostronne, skutkiem urazu lub ucisku u osobników, u których odporność nerwów obwodowych na szkodliwości zewnętrzne została obniżona nadużyciem alkoholu, w następstwie chorób zakaźnych, pod wpływem wyniszczenia i t. p. Występują one obustronnie w przypadkach gdzie uraz zadziałał ze stron obu, jak n. p. u umysłowo chorych po skrępowaniu, podczas operacji wskutek ucisku krawędzi stołu na oba pnie nerwowe i t. p.

W przebiegu wiądu rdzenia częściej stosunkowo zdarzają się zajęcia nerwów mózgowych, najczęściej przychodzi do porażeń mięśni ocznych i zaniku nerwu wzrokowego. Do rzadkich natomiast przypadków należą uszkodzenia nerwów obwodowych rdzeniowych. Stosunkowo jeszcze najczęstrze są porażenia nerwu strzałkowego skutkiem ucisku przez zmienione wiądowo stawy lub z powodu urazów innego pochodzenia (F i n k e l b u r g, B ö r n s t e i n). W piśmiennictwie znaleźć można pojedyńcze opisy porażeń rozmaitych grup mięśniowych z zanikami, jak n. p. mięśni zaopatrywanych przez nerwy nad i pod-grzebieniowe łopatki (B e r n h a r d t, B ö r n s t e i n), zaniki mięśni ręki i mięśni wyprostnych ramienia

(Wagner), mięśni zaopatrywanych przez nerw goleniowy (Ferenczy). Berntröger widział obustronne porażenie nerwu promieniowego po upadku u tabetyka. W cztery lata po wyleczeniu ponowny uraz spowodował po raz drugi porażenie z rozległemi zanikami i znieczuleniami. Jeden przypadek takiego obustronnego porażenia nerwu promieniowego spostrzegał Marie.

Za przyczynę tego rodzaju porażeń uważają autorowie, jak Ferenczy, Wagner, Seiffer, obwodowe zapalenie nerwów, komplikujące schorzenie sznurów tylnych. Seiffer przypuszcza także możliwość schorzenia korzonków. Westphal znalazł przy badaniu anatomicznem jednego z przypadków porażeń nerwu strzałkowego zmiany wsteczne, o charakterze zwyrodnienia w bocznej grupie komórek rogów przednich po tejsamej stronie w odcinkach lędźwiowych i krzyżowych rdzenia. Kwestją zachowania się nerwów obwodowych w przebiegu wiądu rdzenia zajmował się także Gumpertz w tym kierunku, że badał skrawki skóry z okolic zajętych przez znieczulenia. Znachodził on w niektórych przypadkach nerwy normalne, w innych natomiast wybitnie zdegenerowane włókna nerwowe. Autor uważa te zmiany za bezpośredni wynik procesu wiądowego.

Podobne zmiany zwyrodnienia i odżywcze były prawdopodobnie podstawą do wystąpienia porażenia i w naszym przypadku. Wobec braku jakiejkolwiek innej podstawowej przyczyny tego schorzenia przyjąć należy, że skutkiem procesu wiądowego nerwy obwodowe uległy zmianom odżywczym i stały się mniej odporne na szkodliwości zewnętrzne, tak, że wystarczył stosunkowo nieznaczny uraz, jakim był w tym wypadku ucisk na pnie nerwowe przez głowę śpiącego, aby doprowadzić do obustronnego porażenia.

---

† Dr. Bohdan Korybut Daszkiewicz. Warszawa.

Gruźlica serca u dzieci.

Według odczytu w Tow. Lekarskiem Warszawskiem i Polskiem Tow. Pedjatrycznem.

W pracy mej, pod tytułem: „Uwagi i wnioski, oparte na 135-ciu badaniach pośmiertnych dzieci, zmarłych na oddziale własnym“, wydrukowanej w roku 1917 (Przegląd Pedjatryczny Tom VII), przytoczyłem opis krótki niezwykle ciekawego i rzadkiego przypadku gruźlicy serca u dziecka; ponieważ wtedy poprzestałem tylko na możliwie krótkiej notatce i zastrzegłem sobie, że w pracy oddzielnej sprawie tej czasu więcej poświęcić zamierzam, czynię to dziś ze względu i na rzadkość przypadku owego i na ważność samej sprawy, która aczkolwiek, jak twierdzi wielu autorów, należy do rzędu niezwykle rzadkich chorób wieku dziecięcego, jednak w zupełności zasługuje na poświęcenie jej chwil kilku.

Zajmując się przeszukiwaniem odnośnego piśmiennictwa, trafiłem na bardzo gruntowną pracę Zimnickiego z Piotrogrodu, który wykonał ją w pracowni anatomo-patologicznej prof. Bendy w Berlinie; danemi, z pracy tej pochodzącemi, wypadnie mi się nieraz posiłkować.

Że do wielkich rzadkości wśród różnorodnych umiejscowień sprawy gruźliczej należy zajęcie przez nią serca, a względnie mięśnia sercowego — wymownie świadczą przytoczone przez Zimnickiego dane statystyczne, według których np. Cless przy badaniu pośmiertnem 152 zwłok zmarłych na gruźlicę, ani razu nie spotkał się z jej umiejscowieniem w mięśniu sercowym, to samo spostrzegał i Fuengel w 173 przypadkach; Chambres przy wykonywaniu aż 2161 badań pośmiertnych zmarłych na gruźlicę, znalazł odpowiednie ogniska w mięśniu sercowym tylko 2 razy, Willigk przy badaniu pośmiertnem podobnych zmarłych aż 1845 oblicza % udziału mięśnia sercowego w tej sprawie chorobowej tylko na 0,075%, Rindfleisch i Ziegler, którzy rozporządzają tysiącami badań pośmiertnych, nie notują ani jednego przypadku porażenia mięśnia sercowego gruźliczego; nawet Virchow w swej „*Onkologie*“ twierdzi, że większych gruzełków przeważnie nigdy nie spotyka się w mięśniu sercowym.

Według zdania wypowiedzianego przez prof. Bollingera mięsień sercowy odznacza się niemal bezwzględną odpornością przeciwko gruźlicy.

A już 1826 roku znakomity Laennec wypowiedział opinję, że mięsień serca w stosunku do innych narządów ciała naszego zajmuje miejsce ostatnie jako ofiara gruźlicy. Odporność tą niezwykłą tłumaczył w wykładach swoich Peter głównie stałą czynnością tego mięśnia, a inni autorowie kładli nacisk na to, że w czasie czynności mięśni wogóle powstaje w nich kwas mleczny, który w chwili powstania (*in statu nascendi*) posiada wysokie własności bakterjobójcze, co oczywiście chroni stale pracujący mięsień sercowy od zakażenia drobnoustrojami gruźliczemi. Jeśli jednak w takim narządzie jak serce, mimo przeszkód, powstanie ognisko gruźlicze, jest rzeczą zrozumiałą, że uogólnienie sprawy chorobowej, dzięki rozchodzeniu się krwi po całym ustroju, staje się niemal nieuniknione.

Z pośród autorów polskich, których prace czytałem, interesujące mnie wzmianki znalazłem w wykładach klinicznych chorób dróg oddechowych prof. A. Sokołowskiego, który podkreśla rzadkość zmian gruźliczych serca (względnie jego części składowych) nawet przy gruźlicy uogólnionej, i prof. Z. Dmochowskiego, który mówi, że gruźlica mięśnia sercowego nie bywa nigdy pierwotnego pochodzenia, lecz zawsze tylko wtórna.

Oskar Widman zupełnie o gruźlicy serca nie wspomina w swej znanej nam książce [1])

Eichhorst w swym podręczniku patologji i terapji szczegółowej twierdzi, że gruzełki w mięśniu sercowym bywają bardzo rzadko spostrzegane i posiadają znaczenie tylko z punktu widzenia anatomji patologicznej.

Co się tyczy poszczególnych przypadków gruźlicy serca, spostrzeganych u dzieci, to udało mi się zebrać ich stosunkowo liczbę niewielką.

Przytoczony przezemnie Zimnicki opisuje np. dwa takie spostrzeżenia, z których jedno dotyczy dziecka 7 letniego, zmarłego wśród objawów gruźliczego zapalenia opon mózgowych; za życia ze strony serca nie było żadnych objawów klinicznych. Wynik badania pośmiertnego: gruźlica gruczołów, przewlekła płuc i serca, jelit, gruźlica prosówkowa płuc, nerek i śledziony.

Przypadek drugi dotyczy 9 miesięcy mającego dziecka, które umarło przy objawach silnie rozwiniętej wrzodziankowatości i wyniszczenia ogólnego, Badanie pośmiertne wykazało: gruźlicę gruczołów okołooskrzelowych i krezkowych, prosówkową i przewlekłą serca, wrzody gruźlicze początkowe jelit.

Przypadek, spostrzegany na oddziale moim w W. Domu Wychowawczym, dotyczy chłopca L. P., który w chwili, kiedy został przyjęty do szpitala, miał 1 rok i 8 miesięcy. (Tu wypadnie mi sprostować tę cyfrę, dotyczącą wieku dziecka w chwili jego śmierci, a podaną w pracy mej: „Uwagi i wnioski, oparte na 135 badaniach pośmiertnych dzieci, zmarłych na oddziale własnym“. Przegląd Pedjatryczny r. 1917 T. VII, gdyż wtedy miał on 2 lata i 8 mies. i 20 dni). Dane wszystkie, dotyczące owego dziecka podaję w streszczeniu na podstawie karty szpitalnej.

W niżej podanem rozpoznaniu wymieniono zmiany, jakie u dziecka stwierdzono klinicznie i jakie w czasie pobytu na oddziale ono przeszło.

Anaemia. Rachitis. Scrophulosis. Tumor abdominis (in regione renum). Bronchitis chronica diffusa (tbc?) et capillaris dextra. Enteritis follicularis chronica. Otitis media dextra. Pertussis. Stomatitis ulcerosa etc.

Przy pierwszem badaniu chorego w dniu 29/XII 1902 znalazłem:

Dziecko blade, źle odżywione, posiada wybitne objawy krzywicy, nie chodzi i mało co mówi. Gruczoły chłonne wyczuwalne

---

[1]) W muzeum Zakładu A. Patol. U. Lwowskiego znajduje się preparat gruźlicy lewego przedsionka serca dziecka — gruźlica przeszła z gruczołów około oskrzelowych. W muzeum Zakładu A. Patol. U. Warszawskiego znajduje się również przypadek z gruzełkami w mięśniu sercowym. (Przypisek Redakcji).

wszędzie, znacznie powiększone. W dole biodrowym prawym wyczuwa się guz twardy, ruchomy, wielkości mniej więcej jajka kurzego. Ciepłota ciała 38,0° C. Ze strony gardła objawy nieżytu ostrego. Ze strony serca nic godnego zaznaczenia.

7. I. 903. Wystąpiły objawy *enteritis follicularis* (stolce około 6 razy na dobę, niezbyt obfite, dość cuchnące, zielonawego koloru ze śluzem i z małą domieszką krwi), które utrzymywały się około 1½ miesiąca.

8. I. 903. Wypływ ropny z ucha prawego (sprawa ta, pomimo opieki i odpowiedniego leczenia, ciągnęła się około 9 miesięcy).

31. I. 903. Po raz pierwszy stwierdzono przy objawach kaszlowych — sporo rzężeń drobno pęcherzykowych w płucach, szczególniej z tyłu po stronie prawej, bez wyraźnych zmian wypukowych. Ciepłota ciała w granicach od 37,6 do 38° C.

5. II. 903. (6-go dnia po pojawieniu się rzężeń) stwierdziłem wyraźne stłumienie odgłosu wypukowego na obu wierzchołkach płuc z tyłu, szczególniej po stronie prawej. Od krewnej, odwiedzającej dziecko, dowiedziałem się, że matka jego umarła na suchoty płucne. Ciepłota ciała waha się w granicach między 37,8 i 38°.8 C. Waga 7600 gram.

Zaleciłem *Calcium glycerino-phosphoricum* po 0,25 — 3 razy dziennie.

1. IV. — to jest blizko w dwa miesiące po pojawieniu się pierwszych objawów płucnych przy podniesionej, jak przedtem, ciepłocie, stwierdziłem wyraźne stłumienie w obu wierzchołkach z tyłu (szczególniej ze strony prawej, gdzie słychać wyraźny oddech oskrzelowy, rzężenia dźwięczne). Stan ogólny uległ widocznej poprawie: waga ciała podniosła się do 8900 gramów.

23. IV. Zmiany w płucach i ciepłota ciała w ciągu ostatnich 3 tygodni prawie bez różnicy. Waga ciała 9700 grm. Glycerofosfat bierze stale 4 razy na dobę. Stan ogólny wybitnie lepszy.

15. V. Stan płuc prawie bez zmiany. Znaczniejsze podwyższenie ciepłoty ciała (do 39,5°) przy wybitnem powiększeniu i tak już dużych, wszystkich wyczuwalnych gruczołów limfatycznych, co zresztą, po 3 dniach minęło (*febris glandularis?*). Waga ciała 10.200 grm. Od tego czasu zaczyna się znaczna poprawa w stanie ogólnym, a mianowicie: następuje zniżka ciepłoty do 37,5° C. najwyżej, dziecko ożywione, mówi sporo, chodzi i ma wygląd zupełnie zdrowego; mimo to jednak zmiany, szczególniej w szczycie prawym, (stłumienie odgłosu wypukowego z oddechem oskrzelowym z drobnemi rzężeniami dźwięcznemi utrzymują się bez zmian widocznych w ciągu 6 tygodni, kiedy mimo, iż dziecko dostaje krztuśca, o względnie łagodnym przebiegu, jednak zmiany owe stają się mniej wyraźnemi tak, że jak to zaznaczył w swej pracy: „o znaczeniu leczniczem związków glyceryno-fosforowych u dzieci", drukowanej w Medycynie, asystent mój ś. p. Dr. I. Smoleński: „wobec niezbyt wybitnych danych wysłuchowych i wypukowych ze strony płuc przestaliśmy wierzyć w słuszność pierwotnego naszego rozpoznania i t. d."

Dopiero na 3 miesiące przed śmiercią dziecka następuje pogorszenie w jego stanie zdrowia, polegające na podwyższeniu ciepłoty ciała (w granicach od 37,8 do 38,7° C), wychudnięciu wyraźnem. Brzuszek wzdęty, gdzieniegdzie przy wymacywaniu jamy brzusznej wyczuwa się gruczoły chłonne, dochodzące do wielkości orzecha laskowego. Guza w okolicy prawego dołu biodrowego z powodu silnego wzdęcia wyczuć się nie daje. Ze strony płuc wyraźne stłumienie u szczytu prawego, trochę rzężeń drobnych i odcień odkrzelowy wydechu Ze strony serca i nerek nic godnego zaznaczenia. Mniej więcej na tydzień przed śmiercią wahania ciepłoty ciała robią się większemi (od 37,6 do 39° C) mimo to jednak dziecko jest dość wesołe, bawi się w łóżeczku swojem, i aczkolwiek jest uważane za ciężko chore, jednak robi otoczeniu swemu, składającemu się z Siostr Miłosierdzia i pielęgniarek istotną niespodziankę, gdy w dniu 18 stycznia 1904 roku, jedząc swoje śniadanie, umiera nagle.

Protokół badania pośmiertnego, wykonanego przez prof. Przewóskiego w obecności mojej i kolegów asystentów oddziałowych, brzmi dosłownie:[1])

Kości: objawy wyraźne krzywicy.

Płuca: a) lewe: w stanie niewielkiej rozedmy, z oskrzeli przy ucisku wypływa płyn śluzowo-ropny, na powierzchni płuca lewego zawał koloru białego, b) prawe: w stanie rozedmy, obrzęku, z oskrzeli wypływa płyn śluzowo-ropny i w szczycie prawym górnym prawie u wierzchołka samego znajduje się ognisko wielkości orzecha laskowego, wypełnione masą serowatą ze śladami zwapnienia. Przy przecinaniu oba płuca trzeszczą.

Gruczoły oskrzelowe wszystkie powiększone, niektóre zawierają w sobie masę serowatą.

Serce: w całości znacznie powiększone, przy przecięciu worka sercowego znajduje się sporo skrzepów krwi, powierzchnia jego zaczerwieniona, nierówna (*pericarditis*); samo serce (t. j — jego część mięśniowa) niezbyt wielkie, u wierzchołka tętniak wielkości niezbyt dużego orzecha włoskiego; prawie pośrodku owego tętniaka znajduje się mały otworek pod postacią szpary. Mięsień serca przy przecięciu jest cienki blady. W mięśniu komory lewej, prawie u samego wierzchołka serca, znajduje się ognisko wielkości dużego ziarnka grochu, wypełnione masą serowatą, i rozpoczynające się zwapnienie tego ogniska; wsierdzie w komorze tylko lewej zmętniałe, a miejscami zaczerwienione i na niem widać sporo drobnych gruzełków.

Wątroba: zwiększona, w stanie zastoinowym.

Śledziona: nie powiększona, miękka, na przecięciu ziarnista.

Nerki: podkowiaste mają dwa moczowody.

Gruczoły otrzewnowe znacznie powiększone i niektóre z nich zserowaciałe.

W innych narządach nie stwierdza się zmian godnych uwagi.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *Rachitis. Infarctus pulmonis sinistri Bronchitis cum peribronchitide diffusa; ad apicem dextrum, parva caverna Degeneratio caseosa gl. bronchialium. Aneurysma cordis ruptum (ad apicem); mors ex ruptura cordis Endo-peri-myocarditis tuberculosa. Hepar auctum cyanoticum. Renes concreti Hyperplasia gl. mesenterialium cum caseificatione nonnullarum.*

Badanie drobnowidowe preparatów z wyciętych kawałków mięśnia sercowego, wsierdzia i osierdzia, wykonane przez śp. kol. Lipskiego, prosektora szpitala Dzieciątka Jezus, potwierdziły w zupełności rozpoznanie przy sekcji zwłok dziecka uczynione, a dotyczące charakteru sprawy gruźliczej.

A teraz słów kilka poświęcę wyżej opisanemu przypadkowi.

Otóż, miałem sposobność przejrzenia bardzo obfitego piśmiennictwa odnośnego i nie spotkałem się z opisem przypadku pęknięcia serca u dziecka na skutek sprawy gruźliczej w jego mięśniu, mam tedy chyba słuszne wrażenie, że jeśli nie jest on nawet unikatem, to w każdym razie należy do rzędu rzadkości, gdy bowiem, operując tymże samym materjałem, że się tak wyrażę, kliniczno-sekcyjnym w W. Domu Wychowawczym, już w roku 1901 pisałem pracę mą pod tytułem: »*Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa*" (Medycyna i Odczyt na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie), przekonałem się, że zanotowano w piśmiennictwie jeszcze 26 podobnych mu.

Co się tyczy objawów ze strony serca u mego małego chorego, to istotnie, mimo zwracania uwagi na to, nic godnego zaznaczenia nie zauważyłem. Wreszcie słówko jeszcze i aczkolwiek sprawa ta bezpośrednio nie dotyczy samej choroby serca u mego małego pacjenta, ale, jak mniemam, na podkreślenie zasługuje, a mianowicie to, na co w odczycie własnym pod tytułem: „o znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci", który w W. T. Lekarskiem przed laty wygłosiłem, zwróciłem uwagę, na co również w pracy swej na oddziale moim wykonanej, wskazywał asystent mój śp. kol. I. Smoleński, że wprost zadziwiającym był wpływ owego środka (*Calcium glycerino-phosphoricum* po 0,25 podawany 3 do 4 razy dziennie) na owo, wtedy 1 rok i 10 miesięcy mające dziecko, które mimo choroby ciężkiej i wcale nie nadzwyczajnych warunków odżywiania w biednym szpitalu naszym — potrafiło w ciągu 77 dni zdobyć na wadze przyrost 2100 grm przy pierwotnej wadze swej, wynoszącej 7600 grm.

Wprawdzie wielokrotnie spostrzegaliśmy przypadki przy przeprowadzaniu badań nad wpływem leczniczym związków gliceryno-fosforowych u dzieci w szpitalu, gdzie przyrost wagi w czasie takiego samego leczenia przekraczał dwukrotnie średni normalny przyrost wagi dla dzieci zdrowych w danym okresie czasu, jednak tak wybitnego przyrostu wagi (około 27%) w tak krótkim czasie w szpitalu nie spostrzegałem; w praktyce prywatnej, stosując często związki gliceryno-fosforowe: *Calcium, Magnesium, Natrium et Ferrum glycerino-phosphoricum* (połączone razem, lub oddzielnie) w dawkach dużych i najczęściej pod postacią surowców, widuję od czasu do czasu zjawiska podobne, na co przy sposobności pozwalam sobie zwrócić uwagę. Jeśli teraz przejdziemy do postawienia pewnych wniosków, dotyczących gruźlicy serca u dzieci, jej częstości, objawów klinicznych etc., to możemy streścić się w szeregu następujących punktów:

1) Choroba ta należy do rzędu bardzo rzadkich umiejscowień sprawy gruźliczej.

[1]) Redakcja warsz. chciała poprawić niezbyt ściśle, a nawet wadliwie przytoczone dane sekcyjne, jednak wśród protokołów sekcyjnych z roku 1904, wyżej wzmiankowanego protokołu nie znalazła.

2) Występuje ona niemal zawsze, jako zjawisko wtórne (uogólnienie sprawy gruźliczej); tylko jeden ze znanych mi przypadków w piśmiennictwie opisany przez Demmego, przemawiałby za możliwością istnienia tej sprawy chorobowej i jako pierwotnej w sercu.

3) Należy przypuszczać, że w sprawie tej chorobowej, choćby przez zetknięcie, przedewszystkiem przyjmuje udział osierdzie, a później dopiero przenosi się ona na mięsień sercowy i wsierdzie, co zresztą nie jest drogą obowiązkową, gdyż jeśli przyjąć pod uwagę możność przenoszenia zarazków przy pomocy krwi krążącej, może ona zaczynać się i od wsierdzia.

4) Objawy kliniczne ze strony serca są zwykle niewystarczające dla postawienia rozpoznania pewnego i chyba jakieś bole w okolicy serca, szmery, tarcia osierdzia etc, przy gruźlicy w narządach innych, mogą nasuwać podejrzenie co do istnienia w osierdziu tej sprawy. Oczywiście, w przypadkach podobnych liczyć się będziemy do pewnego stopnia i z innymi objawami sercowymi, jak np. z nadmierną szybkością tętna, lub jego niemiarowością (co zresztą, u dzieci jest aż nadto pospolitem zjawiskiem przy sercu bodaj najzdrowszem); dalej: z przemijającemi objawami sinicy, duszności, obrzękami ogólnymi (vide: przypadek Labbe'go), co zresztą również wprost za rozpoznaniem sprawy gruźliczej w sercu nie przemawia, a wreszcie ze zmianami w wymiarach serca, co także posiada tylko znaczenie względne w stosunku przynajmniej do rozpoznania sprawy chorobowej o charakterze swoistym.

Ponieważ sprawa, dotycząca omyłek w rozpoznawaniu chorób u dzieci interesowała mnie bardzo od lat wielu, a byłem w położeniu szczęśliwem, że przez szereg lat, kierując w W. Domu Wychowawczym olbrzymim oddziałem (z górą 200, a nieraz i 250 dzieci), miałem możność sprawdzania na stole sekcyjnym swych rozpoznań klinicznych i wiele sekcji owych dokonałem, lub też przy ich wykonywaniu byłem obecny, przyszedłem jednak do wniosku smutnego, wygłoszonego w pracy, przytoczonej na wstępie odczytu niniejszego, że „nawet wady serca wrodzone u dzieci, mimo najdokładniejszego badania najczęściej bliżej określić się nie dają", a pozatem, że: „dążąc wszelkimi sposobami do unikania omyłek rozpoznawczych, a to przez najsumienniejsze i najdokładniejsze badanie chorych wogóle, a dzieci w szczególności, nie możemy w zupełności ich nigdy ominąć".

Doc. Dr. Franciszek Walter. Kraków

W sprawie przynależności angiolupoidu (Brocq-Pautrier) do gruźlicy skóry, a w szczególności do miliarlupoidu Boecka.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych państw. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
(Prymarjusz: Doc. Dr. Fr. Walter).

(Dokończenie).

Augiolupoid, opisany po raz pierwszy przez Brocqua i Poutriera, uważać należy za osobną postać chorobową, w grupie gruźlicy skóry. Wszystkie dotyczasowe opisy, zgadzają się z opisami podanemi przez autorów. Cierpienie to spostrzegano zawsze u kobiet, i to w wieku około 40 lat. Przypadki Brocqua i Pautriera dotyczyły kobiet w wieku lat 40, 49, 45, Jeanselma 50 lat, mój 38 lat. Siedzibą angiolupoidu była przedewszystkiem skóra nosa; na sześć przypadków Brocqua i Pautriera pięć było po stronie grzbietnej i bocznej nosa, w pobliżu zewnętrznego kącika ocznego. Mój przypadek powyżej opisany, jak i drugi, który miałem sposobność widzieć w klinice prof. J. Lenartowicza (nieopisany), odznaczały się siedzibą na skórze nosa. Siedziba zmian może być po obu stronach nosa symetryczną. Rzadziej usadawia się angiolupoid na policzku lub na końcu nosa. Ilość wykwitów może być czasami znaczniejszą. Brocq i Pautrier widzieli 4—5 ognisk o średnicy 2—$2^1/_2$ cm. Zabarwienie czerwonano-sine, z odcieniem żółtawym; licznie porozszerzane naczynia krwionośne na powierzchni zmiany. Przebieg jest bardzo powolny, trwa lata, dolegliwości nie sprawia żadnych, skłonności do samoistnego ustępowania, nie spotyka się. Również nie dochodzi do zniszczenia naskórka, ani zaniku skóry, powierzchnia angiolupoidu jest zupełnie gładka, środek nieco wgłębiony, brzegi brodawkowato podniesione. Przy ugniataniu palcami, wyczuwa się charakterystyczny naciek. Brocq i Pautrier znajdowali zawsze albo podejrzane zmiany w płucach, lub dane w wywiadach, przemawiające za przebytemi swoistemi cierpieniami. W jednym przypadku spostrzegali dwa przebyte zapalenia opłucnej, nieżyty oskrzeli, objawy wrzekomo dychawiczne (*l'oppression pseudo-asthmatique*) rozedmę płuc i podejrzane zmiany w szczycie lewym. W przypadku drugim długotrwała grypa i krwioplucie, w trzecim podejrzane zmiany w szczycie prawym, w czwartym istniał równocześnie i toczeń. Ten czwarty przypadek, ważny jest z tego powodu, że obok typowej postaci gruźlicy skóry, istnieć może angiolupoid, podobnie jak istnienie tuberkulidów tak często związane jest z obecnością typowej gruźlicy skóry. Dane te są ważnym wskaźnikiem przy ocenianiu tła swoistego. Wiadomo bowiem, jakie znaczenie mają dane kliniczne, jak wywiady osobiste i rodzinne, jak również stan narządów wewnętrznych. I w moim przypadku wywiady wskazywały na przebycie swoistych zmian w płucach (krwioplucie), jak również zmiany, dające się klinicznie wykazać opukiwaniem (stłumienie w obu szczytach) i osłuchiwaniem.

Rozpoznacie różniczkowe między pewnemi postaciami gruźlicy skóry sprawiać może trudności. Miliarlupoid Boecka ma cechy tak podobne do angiolupoidu, że wielu autorów nie widzi różnicy między obu cierpieniami. Miliarlupoid sadowi się zwykle na twarzy, ale również i na kończynach, tułowia, przeciwnie angiolupoid przeważnie na skórze nosa i to na górnej grzbietnej stronie, rzadziej na policzkach, pozatem inne usadowienie dotychczas nie jest opisane. Ilość wykwitów miliarlupoidu zwykle jest duża, augiolupoid przeważnie występuje, jak pojedynczy wykwit. Zabarwienie angiolupoidu więcej żółtawe, szczególniej ton żółty występuje przy ucisku szkłem; nie spotyka się nigdy plamek żółtawo-szarawych, charakterystycznych dla miliarlupoidu, występujących wybitnie po ucisku szkłem, a nadających wejrzenie mozaikowe naciekowi. W przypadkach miliarlupoidu rozszerzenie naczyń krwionośnych jest cechą drugorzędną, w późniejszym przebiegu występującą, przeciwnie w angiolupoidzie, ma to rozszerzenie naczyń pierwszorzędne znaczenie, jako obraz dominujący (*l'element initial*), występujący od początku powstawania zmiany i trwający przez cały ciąg istnienia wykwitu. Nigdy nie spotyka się w angiolupoidzie zaniku skóry lub blizn powierzchownych, barwikowych, nie ustępuje on też nigdy samoistnie, jak np. miliarlupoid. Trwanie angiolupoidu jest bardzo długie, początek nie jest nigdy ostry (obserwacje Kyrlego nad miliarlupoidem). Histologicznie cechuje angiolupoid w przeciwieństwie do miliarlupoidu budowa, charakteryzująca się złożonym naciekiem i jego swoistem rozmieszczeniem. W przypadkach tocznia szczegółem różniczkowym będą typowe guzki toczniowe i klinicznie, zachowanie się nacieków toczniowych nowo-powstających dookoła dawnego wykwitu, zmiany następowe w naskórku, powstawanie blizne i nawrotów w bliznach, w końcu obraz histologiczny. Toczeń usadowiony dookoła torebek włosowych ma raczej większe podobieństwo do postaci drobno-guzkowych miliarlupoidu.

Postacie późnej kiły guzkowatej różnią się zabarwieniem sinawo-czerwonawem (miedzianem) bez odcienia żółtego, dalej obecnością blizn obok innych danych rozpoznawczych, jak dodatnich odczynów serologicznych i obrazów histologicznych. Pewne wątpliwości mogą budzić spostrzeżenia autorów francuskich (Raveut, Gautier i innych) znajdujących dodatni odczyn Wassermanna w przypadkach muliarlupoidu Boecka lub sarkoidów typu Darier-Roussy. Zmiany te, ustępowały wśród leczenia neosalwarsanem, nie były więc prawdopodobnie czystą postacią, ale zmianami kiłowemi.

Granuloma annulare (Radcliffe-Crocker) w przeciwieństwie do augiolupoidu wyjątkowo sadowi się na twarzy. Klinicznie występuje w formie pierścieniowatej, złożonej z dro-

bnych guzków o zabarwieniu blado-różowem, odznacza się bardzo powolnym rozwojem, trwającym lata; po wyleczeniu nie powstają blizny, nigdy też nie wiedzie do rozpadów. Utkaniem swem drobnowidowem zbliża się do postaci sarkoidów i lupoidów, a wielu autorów kładzie nacisk na podobieństwo histologiczne z miliarlupoidem Boecka (Gregersen, Rasch, Galewsky, Hartzel) obraz histologiczny jednak angiolupoidu w stosunku do granuloma annulare jest odmienny.

Rokowanie w angiolupoidzie we wczesnych okresach jest dobre. Najlepsze usługi w leczeniu oddaje zabieg chirurgiczny, zwłaszcza, gdy mamy do czynienia, jak to zwykle bywa, z jednem tylko ogniskiem. W leczeniu większej ilości ogisk, zwłaszcza mniejszych, stosować możemy elektrolizę, nacinanie (skaryfikacje), dalej rad lub mesotorium, na większe ogniska leczenie promieniami Röntgena.

Wnioski:

Angiolupoid, opisany przez Brocqua i Pautriera, stanowi swoistą postać chorobową, należącą do gruźlicy skóry, do grupy tak zwanych dotychczas tuberkulidów.

Pomimo wielkiego podobieństwa do miliarlupoidu Boecka, różni się od niego nietylko cechami klinicznemi, ale i budową histologiczną.

Pomimo dotychczasowych ujemnych wyników poszukiwań w kierunku obecności prątków gruźliczych, ujemnych wyników szczepień na zwierzęta i odczynów biologicznych, tuberkulinowych, zaliczyć należy angiolupoid do gruźlicy skóry i ze względu na zachowanie się podobne do miliarlupoidu — wyznaczyć mu miejsce obok tegoż.

Przebieg choroby przewlekły, jednak łagodny. U chorych z angiolupoidem dadzą się wykazać objawy dodatnie w kierunku przebytej lub istniejącej gruźlicy. W leczeniu najlepsze usługi oddaje zabieg chirurgiczny.

Piśmiennictwo:

Podane szczegółowo: Jadassohn: Die Tuberkulose der Haut. Mraceks Handb. der Hautkr. 1904. — Lewandowski: Die Tuberkulose der Haut. 1916. — Zieler: Hauttuberkulose und Tuberkulide. Prakt. Ergebn. a. d. Geb. der Haut. und Geschlechtskr. 1914.— Altmann: Arch. für Derm. B. 135.—Behring: Derm. Zeitschr. B. 17. — Bittdorf u. Kuznitzki: M. m. W. 1915. St. 40. — Bloch: Verhandl. der d. G. Arch. für Derm. B. 119. — Boeck: Arch. für Derm. Zeitschr. für Kaposi. — Boeck: Arch. für Derm. B. 73. — Boeck: Arch. für Derm. B. 121. — Brocq et L. M. Pautrier: XVI. Congrés internat. de méd. Budapest 1909. — Brocq et Pautrier: Annal. de derm. 1913. Nr. 1. — Brocq: Précis-Atlas de pratique derm. 1921 r. — Brunsgaard: Forhandlinger red. Nordisk Dermatol. Forenings 1919. Kopenhaoux 1921. — Brünn: Arch. f. Derm. B. 135. — Ciraite et Vigne: Annal. de Derm. 1920. Nr. 5. — Darier: Précis de Dermatologie 1918. — Föns: Derm. Zeitschr. B. 24. — Gaus: Derm. Zeitsch. B. 33. — Gaus u. Dressel Arch. f. Derm. B. 130. — Grütz u. Hornemann. Arch. f. Derm. B. 136. — Habermann: D. m. W. 1916. H. 50. — Hoffmann: D. m. W. 1916. S. 1564. — Hoffmann: Derm. Woch. 1918 26. Beiheft — Van Hussen: Derm. Zeitschr. B. 27. 1918. — Jadassohn: Tuberkulide Deutsch. Derm. Ges. IX. Kongress. Arch. f. Derm. 1914. B. 119. — Jadassohn: Arch. f. Derm. B. 113. 1912. — Jesionek: Biologie der gesunden und kranken Haut 1916. — Kreibich u. Kraus: Arch. f. Derm. B. 92. — Kyrle: Arch. f. Derm. B. 100. — Kyrle: Arch. f. Derm. B. 125. — Kyrle: Arch. f. Derm. B. 131. — Lewandowski: Arch. f. Derm. B. 123. — Lewandowski: Arch. f. Derm. B. 135. — Lutz: Arch f. Derm. B, 126. — Much: Arch. f. Derm. B. 131. — Nobl Derm. Zeitschr. B. 27. — Plancherel: Derm. Zeitschr. B. 21. — Ructe: Derm. Zeitschr. B. 23. — Stettler: Arch. f. Derm. B. 132. — Stumpke: Derm. Zeitschr. B. 20. — Terebińsky: Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. B. — 44. Terebinsky: Derm. Wochenschr. B. 55. — Unna: Derm. Wochenschr. B. 55. — Weinberger: M. m. W. 1916. J. 63. B. 25. — Nichmann: Derm. Woch. B. 65. — Wolfheim: Granuloma multiplex benignum. Iconogr. derm. 1912. — Wolf-Eisner: Arch. f. Derm. B. 132. — Volk: Arch. f. Derm. B. 133. — Zieler: Arch. f. Derm B. 102 — Jeanselme et Burnier: Demonstr. Presse méd. 1921. Nr. 22. p. 219. — Bruns u. Alexander: Arch. f. Derm. 127. — Kyrle u. Reenstierna: Arch. f. Derm. B. 128. — Hauser: Arch. f. Derm. 128 — J. H. Stokes: Archives of Dermat. V. 3. N. 1. 1921.

Z praktyki.

Dr. A. Brenner. Kałusz.

Uwagi nad terapją terpenową duru osutkowego.

Przy porównywaniu przebiegu epidemji duru osutkowego w rozmaitych miejscowościach i w rozmaitym czasie zauważa się znaczne różnice w nasileniu choroby, a więc i w śmiertelności. I tak widzimy epidemje o przebiegu stosunkowo łagodnym, gdzie zapada w krótkim czasie wielka liczba mieszkańców w różnym wieku i z różnego stanu, a mimo niedostatecznej pomocy lekarskiej i złych warunków higjenicznych odsetek śmiertelności jest stosunkowo nieznaczny. Innym znowu razem wśród tych samych, a nawet lepszych warunków zewnętrznych, przebieg jest tak groźny, że znaczna część przypadków kończy się śmiercią i to niezależnie od wieku, odżywienia i t d. Przebieg kliniczny w obu razach nie różni się na pozór od typowego, dobrze nam znanego, obrazu. Przy bliższem jednak spostrzeganiu można znaleźć miernik dla oceny nasilenia danej epidemji. Można bowiem z całą pewnością stwierdzić, że ciężkość epidemji cechuje się większą lub mniejszą ilością przypadków, w których objawy mózgowe występują na pierwszy plan, gdzie już na podstawie klinicznego obrazu można przyjąć główne umiejscowienie objawów sprawy chorobowej w środkowym układzie nerwowym. Ilość przypadków śmiertelnych w danej epidemji wzrasta bowiem proporcjonalnie do częstości wspomnianych wyżej objawów. Stwierdzenie tego związku przyczynowego ma z jednej strony znaczenie dla ułatwienia rokowania tak trudnego w durze osutkowym, z drugiej zaś strony powinno ono nadać pewien kierunek w naszem usiłowaniu leczniczem. Ze spostrzeżenia tego bowiem zdaje się wynikać jasno, że wszelkie skuteczne leczenie duru osutkowego, tj. takie, które będzie w stanie zmniejszyć istotnie śmiertelność w tej chorobie, będzie musiało mieć za zadanie zapobieganie, albo przynajmniej utrzymanie w pewnych granicach schorzenia środkowego układu nerwowego.

Zauważyłem przypadkowo, że olejek terpentynowy oraz wodnik terpenu (*terpin. hydrat.*), podawane *per os* w bardzo małych dawkach, wpływają korzystnie na zespół objawów nerwowych przy durze osutkowym.

Środki wspomniane znane były dotąd głównie, jak wiadomo, ze swoich własności drażniących i wywołujących przekrwienie skóry, a także jako środki zmniejszające wydzielinę gruczołów śluzowych oskrzeli, a po części odkażające drogi oddechowe. W najnowszym czasie zalecono systematyczne wstrzykiwania podskórne olejku terpentynowego w chorobach kobiecych (Zoelpritz), jako środek wpływający korzystnie na przewlekłe i ostre sprawy zapalne. Co do działania na układ nerwowy, to farmakolodzy skłaniają się do zaliczenia całej grupy terpenów do działu środków narkotycznych.[1]). Możnaby zatem przypuszczać, że skupiając się w myśl teorji Overtona i Meyera w lipoidach komórek nerwowych działają one tam odkażająco lub antytoksycznie.

Opierając się na powyższem spostrzeżeniu, usiłowałem od dłuższego czasu w metodyczny sposób przeprowadzać leczenie duru osutkowego za pomocą ciał terpenowych. Posługiwałem się olejkiem terpentynowym, oraz wodnikiem terpenu. Wodnik terpenu nadawał się przedewszystkiem do podawania *per os*. Używałem go do tego celu w postaci proszków, w połączeniu z cukrem, jako pigułki albo rozczyn alkoholowy w stężeniu 1:10. Co do dawkowania, w celu ciągłości działania, podawałem dawki małe od 0,05—0,10 na dawkę, lecz za to w odstępach czasu bardzo krótkich, przynajmniej co godzinę, i to także w porze nocnej. Korzystając z lotności olejku terpentynowego stosowałem go pod postacią wdechiwań zapomocą t. zw. fajki terpentynowej. W dalszym ciągu w tym celu, aby środek w jak najkrótszej drodze zetknął się ze środkowym układem nerwowym, obrałem drogę stosowania go z jamy nosowej przez wdechiwanie wprost, albo przez zakładanie tamponów z waty lub gazy, na które osoba dozorująca od czasu do czasu nalewa po parę kropel olejku. Sposób ten,

[1]) Meyer Gottlieb, die experim. Pharmakologie. 4 wyd. str. 511. in.

pominąwszy tu i ówdzie u wrażliwych osobników występujące miejscowe drażniące działanie, okazał się jednak w praktyce w wysokim stopniu skutecznym, co jest zrozumiałem ze względu na wykazaną anatomicznie łączność dróg chłonnych jamy nosowej z naczyniami jamy czaszkowej. W niektórych przypadkach, zwłaszcza u chorych bardzo niespokojnych, posługiwałem się też z korzyścią czopkami w odpowiedniej dawce

Postępując w ten sposób mogłem dojść do następujących wyników: W pewnej liczbie przypadków już po kilkunastugodzinnem stosowaniu środka, choćby tylko *per os*, następowało bardzo znaczne złagodzenie ogółu objawów, a także obniżenie gorączki.

W drugiej grupie przypadków, do której należała znaczna większość leczonych, przez kombinowane leczenie drogą przez usta, względnie przez odbytnicę, jakoteż drogą nosową, z reguły można było już po krótkim czasie stwierdzić conajmniej znaczną podmiotową poprawę. Ból głowy i bezsenność zmniejszały się albo nawet ustępowały, ciepłota na ogół trzymała się w miernych granicach. Przy dalszem konsekwentnem stosowaniu można było stwierdzić i wyraźny wpływ leczenia na przebieg choroby. Choroba przebiegała w sposób mniej gwałtowny, niż w przypadkach objawowo leczonych. Tętno i siła serca były tak zadowalniające, że nie było potrzeby stosowania środków nasercowych. Samopoczucie albo wcale nie ulegało przyćmieniu albo tylko w bardzo nieznacznym stopniu. Nie przychodziło wcale do gwałtownego podniecenia ruchowego, chorzy poddawali się chętnie rozkazom osób pielęgnujących, a bardzo często nawet w późnym okresie choroby sami dopominali się o lekarstwo celem zażywania względnie wdechiwania. Zwłaszcza przy stosowaniu tamponów do nosa nawet chorzy obdarzeni znaczną siłą mięśniową, którzy zresztą sprawialiby wiele kłopotu otoczeniu, z łatwością dawali się uspokajać, o ile już przedtem nie podlegali narkotycznemu działaniu olejku terpentynowego.

Wielokrotnie miałem sposobność w takich przypadkach spostrzegać, jak stan przekrwienia mózgu, objawiający się na zewnątrz podnieceniem chorego, silnem tętnieniem tętnic dogłowowych, przekrwieniem skóry twarzy i spojówek, po krótkiem leczeniu znikał na stałe. W takich razach, widząc tak korzystny zwrot w obrazie chorobowym, mogłem z całą stanowczością rokować pomyślnie, a dalszy przebieg potwierdzał to w zupełności.

Przy tak korzystnie zmienionym obrazie chorobowym można było oczekiwać i skrócenia przebiegu. W istocie nieraz już w 11-tym dniu choroby, zwykle w 13 lub 14 dniu, bardzo rzadko tylko później, choroba zaczynała ustępować bez burzliwych objawów, jakoteż bez objawów zapadu, mimo, że nie stosowano w całym przebiegu żadnych środków nasercowych lub podniecających. Nie spostrzegałem tu owego niepokojącego okresu przesilenia choroby, w którym rokowanie dla chorego staje się czasami wysoce wątpliwem.

Muszę też tu nadmienić, że ani w ciągu leczenia, ani w okresie zdrowienia, nie spostrzegałem żadnych niemiłych ubocznych objawów działania preparatów terpenowych ze strony nerek itp.

W grupie przypadków najcięższych, z bardzo silnem zajęciem układu nerwowego ze wszystkiemi jego następstwami, które to przypadki były wzięte w leczenie w późnym okresie choroby, albo też już we wcześniejszym okresie, czy to wskutek niekorzystnych warunków osobistych chorego, czy też wskutek nadzwyczajnej jadowitości zakażenia, przedstawiały bardzo ciężki obraz, metoda opisana nie zawsze była w stanie sprowadzić korzystny zwrot. I tu jednak na ogół, można było zauważyć korzystny wpływ na przedmiotowe objawy, a więc na podniecenie ruchowe, objawy opuszkowe, zwłaszcza w zakresie ośrodków oddechowych, a nawet na ilość i jakość tętna. Mimo, że wpływ ten nie zawsze dał się utrzymać, uderzał on zwłaszcza w porównaniu z wynikami zwykłego w takich razach leczenia objawowego zapomocą zastrzykiwań środków podniecających itp., które dla krytycznie patrzącego nie miało zgoła żadnego efektu.

Ze względu na to, że ideałem wszelkiego leczenia musi pozostać nie leczenie już rozwiniętego obrazu chorobowego, lecz zwalczenie choroby w zarodku, t. zw. leczenie poronne, starałem się wypróbownć opisaną metodę także i w tym kierunku. Ze względu na brak wybitnych początkowych objawów duru osutkowego przypadki nadające się do leczenia poronnego bardzo rzadko tylko się spotyka. To też rozporządzam zaledwie kilku przypadkami, w których skutek leczenia poronnego jest wielce prawdopodobnym. Jeden z nich poniżej przytaczam:

J. F., lat 37, urzędnik. Zachorował 14 VII 1921. z dreszczem i gorączką.

16 VII. Ciepłota 39°, tętno 90. Obrzęk śledziony, zapalenie oskrzeli. Inspektor sanitarny Dr. W. stwierdził stanowczo dur osutkowy, zaleciłem leczenie terpenowe skombinowe, które skrupulatnie wykonano

17 VII. Ciepłota 37.2°. Chory czuje się tak dobrze, że przypuszczałem pomyłkę rozpoznawczą i wstrzymałem się z dalszem leczeniem.

18 VII. Ciepłota 37.8°. Na skórze tułowia i kończyn charakterystyczna osutka. Chory poddaje się znowu leczeniu.

19 VII. Ciepłota 36 6°. Tętno 84. Osutka ustępuje. Śledziona niemacalna.

20 VII. Tętno 60. Zdrowienie.

27. VII chory opuszcza szpital.

Sądzę, że nawet przy bardzo ostrożnej ocenie wyników mogę zebrać wynik mych spostrzeżeń w następujących zdaniach:

1. Leczenie terpenowe duru osutkowego jest leczeniem celowem z mechanizmem działania pośrednim, zbliżającym się do działania ergotropowego.

2. Metoda ta jest w stanie, nawet w epidemjach o groźnym przebiegu, zmodyfikować korzystnie przebieg znacznej ilości przypadków chorobowych i może przy systematycznem stosowaniu wpłynąć na obniżenie śmiertelności z duru osutkowego.

3. Leczenie terpenowe otwiera widoki na poronne leczenie duru osutkowego.

Wykład kliniczny.

Prof. dr. J. Lenartowicz. Kraków

Rozpoznawanie i leczenie ostrego wiewióra.

(Ciąg dalszy).

L e c z e n i e. Chorego, u którego stwierdziliśmy wiewióra ostrego części przedniej, pouczamy najdokładniej, jak się ma zachować w ciągu całego leczenia, zwracając z naciskiem uwagę jego na to, że wynik leczenia, przebieg choroby mniej lub więcej pomyślny, zależy w znacznej mierze od ścisłego stosowania się do udzielonych mu wskazówek. U nieletnich wskazane jest powiadomienie o chorobie opiekunów chorego, ponieważ doświadczenie uczy, że chorzy tacy, chcąc ukryć chorobę, nie mogą swobodnie oddać się leczeniu, nie mogą nawet przestrzegać ogólnych wskazówek zachowania się. Zabronić należy nietylko spółkowania, ale nakazać unikania wszystkiego, co podnieca płciowo. Wzbroniona jest również gimnastyka, sporty, prędkie chodzenie, jazda po drogach nierównych, jazda koleją. Wskazana jest dbałość o codzienne wypróżnienia, djeta posilna, nawet mięsna, ale z wyłączeniem przypraw korzennych, z wyłączeniem bezwarunkowem alkoholu pod jakąkolwiek postacią, z wyłączeniem wód mineralnych, jako zmniejszających kwaśność moczu. Ilość płynów, mleka, herbaty, wody, należy dostosować każdorazowo do okresu choroby. Niejednokrotnie bowiem wskazane być może zwiększenie ilości moczu np. w przypadkach, gdzie chwilowo zmuszeni jesteśmy ograniczyć się do leczenia wewnętrznego. Należy zwrócić uwagę chorego, że choroba jest zakaźną, że przeniesienie ropy na spojówkę oka grozi ciężkiem powikłaniem, i dlatego należy nakazać troskliwe mycie rąk po każdem dotknięciu niemi prącia. Przy obfitym wycieku wskazane jest zakładanie waty pod napletek, u obrzezanych przymocowanie jej przylepcem lub suspensorjum z odpowiednią kieszonką.

Do leczenia miejscowego przystępujemy w większości przypadków natychmiast po stwierdzeniu wiewióra. Tylko w wyjątkowych przypadkach — w tych mianowicie, gdzie objawy takie, jak obrzęk napletka, wyciek ropny, bardzo obfity z domieszką krwi, zapalenie naczynia chłonnego grzbietu prącia, bolesność przy oddawaniu moczu, zapalenie żołędzi

i napletka, każą przypuszczać, że leczenie miejscowe byłoby na razie niewykonalne, — ograniczyć się możeby do podawania środków wewnętrznych i, zastosowawszy miejscowo okłady, czekać, aż objawy zapalne ustąpią. Tejsamej wytycznej trzymać się będziemy i w dalszem leczeniu, ilekroć wystąpią powikłania, uniemożliwiające chwilowo energiczniejsze leczenie miejscowe. Leczeniu miejscowemu jednak, jako jedynie racjonalnemu i skutecznemu, główną poświęcimy uwagę. Ponieważ przyczyną wiewióra są dwoinki wiewiórowe, więc celem naszym musi być zniszczenie ich doszczętne przez działanie na nie środkami bakterjobójczemi itd., możliwie bezpośrednio. Środków takich mamy pod dostatkiem. Teoretycznie te z pośród nich uważać będziemy za najlepsze, które najsilniej działać będą bakterjobójczo, a najmniej szkodliwie i niszcząco na błonę śluzową cewki. Idealnym byłby ten środek, któryby posiadał jedynie siłę bakterjobójczą, i to bardzo znaczną, a nie wywoływał żadnych szkodliwych objawów ubocznych. Takiego środka dotąd nie znamy, a działanie tych, które mamy, zależy w znacznej mierze od stopnia rozcieńczenia, w jakiem je stosujemy. Nie obojętną jest również rzeczą i to, jak głęboko wnika w warstwy błony śluzowej dany środek leczniczy, bo celem naszym jest zniszczenie nietylko dwoinek na powierzchni błony śluzowej, ale dosięgnięcie dwoinek, znajdujących się i w jej głębszych warstwach. Dwoinki z powierzchni błony śluzowej usuwa w wielkich ilościach wydzielina ropna, co uważać możemy za samoobronę ustroju, usuwa je mocz, wypłukując niejako cewkę, wytwarza się także z czasem pewna ilość ciał ochronnych, uodporniając tkanki przynajmniej czasowo, co więcej, ciała te przy uogólnieniu się sprawy chorobowej można niejednokrotnie łatwo wykazać we krwi. Zatem nietylko środki bakterjobójcze, ale i siły ochronne ustroju pomocne nam są w leczeniu wiewióra. Umiejętne wyzyskanie tych poszczególnych czynników leczniczych powinno być celem naszego działania.

W porównaniu ze środkami bakterjobójczemi, stosowanemi miejscowo, środki odkażające, stosowane wewnętrznie, mają znacznie mniejszą wartość, i to wartość wątpliwą. Działanie ich tłómaczymy sobie tem, że, przechodząc do moczu, upośledzają w nim rozwój dwoinek, czy to przez wzmożenie kwaśności w moczu, czy też przez rozszczepianie się na ciała odkażające. Obok tego środki te działać mogą kojąco na ból, prawdopodobnie przez zmniejszenie przekrwienia. W leczeniu wiewióra mogą środki wewnętrzne mieć znaczenie jedynie środków pomocniczych, a nie zasadniczych. Kładę na to szczególniejszy nacisk, ponieważ niejednokrotnie przypisuje się im zbyt wielką wartość leczniczą z pominięciem środków miejscowych, głównie wskazanych.

Środki lecznicze miejscowe, używane w leczeniu wiewióra, są przeważnie związkami organicznemi srebra i mają zastąpić azotan srebrowy, który zależnie od rozcieńczenia może być środkiem żrącym, bakterjobójczym lub ściągającym, a który ma między innemi i tę ujemną stronę, że wchodzi w połączenia z białkiem ustroju, a pod wpływem chlorków traci na sile bakterjobójczej. Azotanem srebrowym posługiwać się jednak będziemy z pożytkiem przy leczeniu tylnej części cewki moczowej. Tu środek ten działa najskuteczniej. O ile chodzi o leczenie części przedniej, wskazane są raczej, zwłaszcza w początkach leczenia, środki srebrowe organiczne. W wyborze środka kierujemy się znajomością jego działania, przyczem uwzględnić należy siłę stężenia, w jakiem dany środek powinien być stosowany, bo, jakkolwiek środki te składem chemicznym zbliżone są do siebie, to jednak działanie ich nie jest jednakowe (zwłaszcza działanie uboczne), a wiele zależy od rozcieńczenia środka, podobnie jak co do azotanu srebra. Najpowszechniej używany protargol należy do środków energicznej działających i dlatego stosować go powinniśmy dopiero wówczas, gdy objawy chorobowe zmniejszą się lub gdy zaraz w początkach są niezbyt wybitne. Stosujemy go w rozcieńczeniach 0,25, 0,5—1 : 100.

Dla ułatwienia doboru środków zestawia S c h ä f f e r skalę połączeń organicznych srebra, najczęściej używanych w leczeniu wiewióra, i tę skalę z pewną zmianą przytaczam.

W początkowym okresie wiewióra, przy wrażliwości błony śluzowej, najmniej drażnią:

A r g o n i n a w rozcieńczeniu od 0,5—1—2|200.
N o v a r g a n od 0,5—1—2—3—/200.
H e g o n o n od ¼—½—1/200

Po upływie 3—4 tygodni, o ile wskazanem jest stosowanie środków energiczniej działających, przejść można do:

P r o t a r g o l u w rozcieńczeniu od 0,5—1—1.5/200
A r g o t h i o n u (Klawe) od 0,5—1—2/200
A l b a r g i n y od 0,1—0,2—0,4—0,6/200
C h o l e v a l u od 0,5—1—2|200.

Pod koniec leczenia wskazane są środki takie, jak:

A r g e n t a m i n a, którą zapisywać należy jako „Liquor Argentamini“ w rozcieńczeniu 0,2—0,5—1|200
I c h t h a r g a n w rozcieńczeniu 0,05—0,1—0,2/200
A r g e n t u m n i t r i c u m do przedniej cewki w rozcieńczeniu 0,05—0,1/200; natomiast do wkraplań pod koniec leczenia części tylnej stosujemy rozczyny stężone, poczynając od ¼%, a dochodząc stopniowo do ½—1—1½—2, a nawet 3%.

Zestawienia powyższego nie należy bynajmniej tak rozumieć, jakobyśmy w ciągu leczenia jednego przypadku wiewióra mieli wyczerpać cały szereg wymienionych leków, często dobór 3—4 leków wystarcza najzupełniej na cały przeciąg leczenia; — pamiętać jednak należy, że dobór ten ma być trafny, a będzie trafny wówczas, jeśli liczyć się będziemy z działaniem obranego leku. Błędem byłoby np. rozpoczęcie leczenia od azotanu srebra, bo zaczynając od najsłabszych stężeń tego środka, działających jedynie ściągająco, nie działalibyśmy bakterjobójczo (co w początkach właśnie jest wskazane), a zaczynając od stężeń silniejszych, wprawdzie bakterjobójczych, ale nie wolnych od działań ubocznych, narazilibyśmy chorego na powikłania nie wiewiórem, ale naszem leczeniem. Zestawienie powyżej podane ma być jedynie wskazówką, od jakich środków zaczynać, a na jakich kończyć należy. Doświadczony lekarz używa najchętniej tych środków, których działanie najlepiej poznał. Dla nieznających dokładnie działania środków przeciwwiewiórowych najbezpieczniej będzie stosować przedewszystkiem środki pierwszej grupy, np. novargan lub argoninę. Zaczynając od stężeń najsłabszych, a przechodząc stopniowo do najsilniejszych, dostrzeżemy niejedokrotnie, że sprawa chorobowa kończy się na szczęście wcześniej, niż pozostały zapas środków jeszcze nie stosowanych. I tutaj nie będzie nie na miejscu uwaga: pomagać siłom ochronnym ustroju, a nie dążyć do przewyższenia ich w tępieniu choroby ze szkodą ustroju.

Klasycznym przykładem takich usiłowań są tak częste, a niestety równie często nieumiejętne próby poronnego leczenia wiewióra. Te i w rękach najbardziej doświadczonego praktyka zawodzą, ale nie szkodzą choremu; w rękach lekarza mniej doświadczonego mogą przynieść i szkodę. Dlatego wskazania do leczenia poronnego z rozmysłu pomijam.

Myślą przewodnią w leczeniu ostrego niepowikłanego wiewióra części przedniej powinno być: systematyczne dążenie do niszczenia dwoinek wiewiórowych przez stosowanie środków bakterjobójczych niedrażniących, stałe śledzenie objawów klinicznych i ich stopnia, stała kontrola mikroskopowa wydzieliny cewki moczowej lub nitek w moczu i stopniowe przechodzenie od środków bakterjobójczych do bakterjobójczo-ściągających, wreszcie ściągających, a w końcu prowokujących. Bakterjobójczemi są wszystkie wyżej wymienione przetwory srebra, — nie wszystkie bakterjobójczo-ściągającemi, niektóre może tylko użyć się dają skutecznie do prowokacji ognisk wiewiórowych ukrytych.

Typem środka bakterjobójczo-ściągającego, a więc wskazanego pod koniec leczenia, jest ichthargan, pamiętać jednak trzeba, że nawet w słabych stężeniach (0,05/200) wyjątkowo zadrażnia. Badanie mikroskopowe pouczy wówczas, że pozorne zaostrzenie sprawy chorobowej nie jest istotne, nie jest wywołane przez dwoinki, a jedynie przez działanie ichtharganu. Zmniejszenie stężenia środka, skrócenie czasu jego stosowania działanie uboczne usunie. Choleval nawet w stężeniach słabych wywołuje niejednokrotnie objawy zapalne, znamionujące się domieszką krwi w wydzielinie ropnej, i dlatego należy go czasem zastąpić innym środkiem mniej drażniącym, a równie energicznym, np. albarginą. Przy leczeniu wiewióra części przedniej niepowikłanego zalecam zwyczajnie w początkach novargan lub argoninę 0,5/200, a postępując co 5—7 dni w stężeniu tego samego leku, dochodzę zwyczajnie w czwartym tygodniu leczenia do stężenia 2|200, nie zmie-

niając leku na inny, chyba wyjątkowo. Skoro wydzielina cewki moczowej stanie się śluzowo-ropną lub śluzową, przechodzę do ichtharganu, początkowo 0,05|200, potem 0,1 200, jako do środka bakterjobójczo - ściągającego. Badanie mikroskopowe, wskazane w ciągu całego leczenia, jest teraz szczególnie ważne. Kilkakrotny ujemny wynik badania mikroskopowego, upoważnia do przejścia do azotanu srebra, i to w postaci wkraplań sposobem Guyona w stężeniu $^1|_4$—$^1|_2$—1—$1^1|_2$—2%. Wkraplania azotanu srebra, wskazane jedynie pod koniec leczenia, mają tę zaletę, że pozwalają wykryć ogniska wiewiórowe, ukryte w głębszych warstwach błony śluzowej. Azotan srebra zatem w tych stężeniach uważać można za środek prowokujący. Pod wpływem azotanu srebra w tem stężeniu występuje obumarcie i oddzielanie się nabłonka, a przez to dwoinki wiewiórowe głębiej ukryte dostają się na powierzchnię błony śluzowej i już bardzo rychło wywołują zaostrzenie objawów klinicznych, objawiające się wydzieliną ropną. Tak dzieje się jednak w wyjątkowych tylko przypadkach, i to najczęściej po 2—3 wkraplaniach azotanu srebra; w przeważającej liczbie przypadków (około 98%) nie ma zaostrzeń, nie ma wycieku (chyba następnego dnia po zabiegu: odczyn chemiczny), a badanie co do dwoinek wiewiórowych, stale ujemne, dowodzi, że można zaprzestać leczenia. Należy go zatem zaprzestać, ale nie zaprzestawać badań mikroskopowych. Pozwalamy choremu używać trunków i zastrzegłszy, że pewności wyleczenia nie ma jeszcze, że spółkowanie jest nadal wzbronione przez 10—14 dni, badamy kilkakrotnie nitki lub śluz cewki mikroskopowo. O ile wszystkie badania wypadną ujemnie, a wiewiór dotyczy jedynie części przedniej cewki moczowej i był pierwszym wiewiórem, możemy uważać leczenie za skończone, a choremu polecić, by w razie dostrzeżenia najlżejszych, niepokojących objawów, zgłosił się natychmiast do badania.

Leczenie niepowikłanego wiewióra części przedniej, zwłaszcza pierwszego wiewióra, trwa zwykle łącznie z obserwacją po ukończeniu leczenia, 8—10 tygodni. Przeciąg to czasu może trochę długi, ale daje stanowczo pewniejsze wyniki, niż leczenie przyśpieszone, bez uwzględnienia sił ochronnych ustroju, bez uwzględnienia tej naczelnej zasady, że wyleczenie wiewióra ma być wynikiem nie szczęścia i przypadku, ale wynikiem rozumnego i planowego działania. Nic nie działa więcej demoralizująco na chorego, niż złudne obietnice szybkiego wyleczenia, nic nie podkopuje więcej powagi lekarza, niż niedotrzymanie przyrzeczonego terminu wyleczenia. Już wielki Ricord pojmował tę trudność rokowania, skoro mawiał: »Oto zaczął się wiewiór, kiedy się skończy, Bóg raczy wiedzieć«. Słowa mistrza są, jak się zdaje, nieznane wielu; gdyby były znane, w przyrzeczeniach naszych bylibyśmy oględniejsi.

Wspomniałem powyżej, że pomyślny wynik leczenia zależy po części i od odpowiedniego zachowania się chorego, od przestrzegania wskazań ogólnych. Nieobojętny jest także sposób wstrzykiwania. Nie wystarczy zalecić choremu wstrzykiwania, ale należy go równocześnie pouczyć, jak te wstrzykiwania mają być robione. Przed każdem wstrzykiwaniem powinien chory oddać mocz, a naciągnąwszy lek do strzykawki, wstrzykiwać go zwolna i równomiernie, po wstrzyknięciu ucisnąć ujście cewki i zatrzymać płyn wstrzyknięty, zależnie od wskazań, 3—5—10—15 minut. O ile zalecamy dłuższe zatrzymywanie leku w cewce, zalecić można stosowanie dwu wstrzyknięć na jeden zabieg, przyczem pierwsze wstrzyknięcie polecamy zatrzymać 5 minut, drugie 5 lub 10 minut. Takie przedłużone wstrzykiwania wskazane są wówczas, gdy już nastąpi pewne przyzwyczajenie do przepisanego leku, a błona śluzowa cewki jest mniej wrażliwa. Przedłużone wstrzykiwania zalecamy zwłaszcza wieczorem i rano, chcąc przez to zrównoważyć całonocną przerwę. Ilość płynu, który ma cewka pomieścić, zależy od jej pojemności, a ta nawet u tego samego chorego jest zmienną. W początkach zalecamy 5—7 cm^3, bo pojemność cewki skutkiem obrzęku błony śluzowej jest mniejsza, w miarę ustępowania obrzęku zwiększa się pojemność cewki; zwiększamy też ilość płynu, polecając wstrzykiwać 10—12—15 cm^3. Dostateczne rozciągnięcie błony śluzowej wygładza jej fałdy i pomaga do równomiernego zwilżenia całej jej powierzchni. Strzykawka powinna mieć zatem objętość 12—15 cm^3, tłok równomiernie i gładko przesuwalny, koniec kauczukowy o stożku ściętym na końcu, a nie ostrym. Ostry koniec rani błonę śluzową, wnika za głęboko w ujście cewki i nie skrapia należycie lekiem jej przedniego odcinka.

W czasie leczenia niepowikłanego wiewióra części przedniej zalecamy choremu zgłaszanie się co 5—7 dni i to za każdym razem z moczem zatrzymanym przez przeciąg 4—5 godzin. Przy każdej wizycie lekarskiej badamy nietylko mocz, ale i części rodne, według podanego powyżej schematu, bo tylko w ten sposób upewnić się możemy, że nie przeoczyliśmy żadnego objawu chorobowego, żadnego powikłania. Po ukończeniu leczenia następuje 10—14-dniowa obserwacja z kilkakrotnem wśród tego okresu badaniem mikroskopowem. O ile kończymy leczenie wkraplaniem azotanu srebra, to wkraplanie to jest poniekąd i środkiem prowokującym. Jeśli z jakiegokolwiek powodu chcemy ten zabieg pominąć, możemy, jak radzi Blaschko, użyć do prowokacji rozcieńczonego płynu Lugola (Rp. Jodi puri 0,1, Kali jodat. 0,2. Aqu. dest. 120,00). Płyn ten wstrzykujemy strzykawką tryprową i działamy nim 3—5 minut. Po 24 godzinach badamy mikroskopowo wyciek, który już w kilka godzin jako objaw zadrażnienia chemicznego na pewne się pojawia. Badanie mikroskopowe powtarzamy i przez 4—5 dni następnych. Możemy też celem prowokacji oprócz płynów drażniących zastosować równocześnie śródmięśniowe, podskórne lub dożylne wstrzyknięcie szczepionki przeciwwiewiórowej: arthigonu lub gonarginy. Prowokująco działają także napoje wyskokowe, mechaniczne drażnienie cewnikiem główkowym Guyona, zgłębniki metalowe, dilatator Kohlmanna, gorące kąpiele, przemywania sublimatem (1 : 20.000), hydrarg. oxycyanat. (1 : 5.000) i t. p. Gdy po takiej prowokacji, jednej lub dwu, i po kilkakrotnem mikroskopowem badaniu nie zdołamy znaleźć dwoinek wiewiórowych, to leczenie uważać możemy za ukończenie. D. n

---

Oceny i sprawozdania.

Roman Leszczyński. **Zarys farmakologji.** Kompendjum do użytku słuchaczy medycyny. Lwów - Warszawa. Książnica Polska T-stwa Nauczycieli Szkół Wyższych. 1922. Str. 210.

Brak wszelkich podręczników polskich stawia młodzież, uczęszczającą na Wydziały lekarskie Uniwersytetów polskich, w ciężkie warunki zdobywania wiedzy. Niestety trudno się spodziewać usunięcia w krótkim czasie tej poważnej luki przez wydanie dzieł, wyczerpujących przedmiot i mających jednocześnie wysoką wartość naukowo-dydaktyczną. Nim nie nastąpi ta zmiana na lepsze, godne są poparcia wydawnictwa, przedstawiające przedmiot nawet w znacznem skróceniu, mogą bowiem one wskrzeszać w pamięci słuchaczów dane, przedstawione im na wykładach i zajęciach praktycznych. Jakkolwiek i skrócone, muszą jednak wydawnictwa takie, aby mogły przynieść pożądaną korzyść słuchaczom, nie tylko podawać fakty, lecz możliwie rozwijać w czytelniku myślenie i przez to zachęcać do pogłębiania wiedzy i zaznajamiać go z istotnym stanem odpowiedniej gałęzi medycyny bez uszczerbku przez skrócenie dla całości. Z tego właśnie punktu widzenia pragnę na krótko zatrzymać uwagę czytelnika nad »Zarysem farmakologji« R. Leszczyńskiego. Autor zamierzył dać słuchaczom «najistotniejsze wiadomości z dziedziny farmakologji, potrzebne do egzaminu z tego przedmiotu« i w tym celu »zestawił w sposób możliwie prosty wyniki teoretyczne i wiadomości praktyczne« z tej nauki. Podaje więc autor na początku wiadomości ogólne oraz sposoby przepisywania różnych środków, przechodzi następnie do omówienia działania różnych przetworów farmaceutycznych, promieni Roentgena, ciał promieniotwórczych, światła i kończy podaniem tabeli dawek maksymalnych oraz indeksu, zawierającego jednocześnie własności fizyczne większości omówionych w książce ciał. Cały materjał podzielił autor na 32 grupy, wziąwszy za podstawę działanie omawianych środków. «Zarys» przedstawia przedmiot zgodnie ze stanem rzeczy. Niestety, usiłując osiągnąć największą zwięzłość, nie uwydatnia autor w sposób dobitniej-

szy niektórych doniosłych dla przyszłego lekarza faktów, niektóre pomija milczeniem, inne zaś przedstawia tak, że czytelnik, nie obznajomiony z istotnym stanem, może wytworzyć sobie nieprawidłowe o nich pojęcie. Dla przykładu przytoczę niektóre z takich usterek. I tak, znajdujemy w kompendjum opis działania środków, nie mających dziś ani teoretycznego, ani praktycznego znaczenia, natomiast pominął autor niektóre do dzisiejszego dnia stosowane nieraz z dobrym skutkiem. Napróżnobyśmy np. szukali w kompendjum wzmianki o mezotanie, phytinie, piperazynie, błękicie metylenowym, argochromie, chinidynie i inn., nie mówiąc już o tak pochłaniającem dziś naszą uwagę leczeniu proteinowem. Omawiając naparstnicę, kofeinę i kamforę, autor nie uwydatnia znaczenia naparstnicy przedewszystkiem w pierwotnem osłabieniu serca, kofeiny zaś i kamfory we wtórnem. Tę różnicę należało podkreślić tembardziej, że i kofeinę i kamforę autor omawia w grupie środków sercowych, nie zaś, na wzór adrenaliny, w grupie środków naczyniowych. Nie dowiadujemy się też o tak ważnem ze względów praktycznych przewlekłem stosowaniu przetworów naparstnicy, nie dość podkreśla autor znaczenie miareczkowanych jej przetworów, nie wspomina o jej djalizatach, nie zaznacza pierwszych oznak dodatniego jej działania u chorych; same wskazania do jej stosowania zbyt zwęża. Omawiając wskazania do stosowania strychniny, pomija zupełnie nerwice serca. To samo dotyczy stosowania w zaburzeniach czynności serca przetworów chininy. Nie wspomina autor o odkażaniu przez urotropinę dróg oddechowych i żółciowych, o stosowaniu siarki w przewlekłych zapaleniach stawów, salwarsanu w zgorzeli płuc, nie przytacza wcale nalewki konwalji (*T-ra convallariae*), natomiast podaje napar (*Inf. convall.*), nie używany w praktyce ze względu na podrażnienie żołądka, które napar ten łatwo sprowadza, nie podaje stosowania adrenaliny w ostrem zatruciu morfiną itd. Lampę kwarcową stosuje się nietylko w dermatologji, jak to czytamy w kompendjum. Określenia, jak »naparstnica u żaby sprowadza wzmocnienie diastoli« lub »kofeina osłabia diastole» (n. b. czemu nie użył autor tutaj polskiego wyrazu ?), mogą wywołać błędne pojęcia o działaniu na serce tych leków. Należało wyraźnie zaznaczyć, że naparstnica u żaby powiększa rozkurczowe rozszerzenie komory, kofeina zaś utrudnia je. Sprawę działania promieni Roentgena, ciał promieniotwórczych i światła przedstawił autor tak pobieżnie, że lepiejby było tych działów zupełnie nie poruszać.

Zaznaczę wreszcie, że niemiłe wrażenie pozostawia ustawiczne posługiwanie się przez autora terminologją łacińską, fatalnie skoszlawioną, niby na modłę polską. Wciąż czytamy sistola, diastola, motoryczny, embolja, ataksja, opjum itd. (zamiast skurcz, rozkurcz, ruchowy, zator, bezład, makowiec itd.). Niemiłe wrażenie, świadcząc o pośpiechu, czynią też liczne błędy drukarskie, jakkolwiek w przeważnej większości przypadków nawet zaznaczone w dodatku, włożonym do książki.

Należy życzyć, żeby następne wydanie nie zawierało tych wszystkich usterek, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że i obecne, o ile czytelnik będzie zapatrywał się na nie jako tylko na kompendjum, będzie pożyteczne.

Witold Orłowski. (Kraków).

C. Breul: **Ueber Tuberkulose im Mittelstand. (Tuberkulose-Bibliothek Nr. 6). Lipsk 1922. J. A. Barth.**

Broszura ta o 62 stronicach z kilkoma tabelami jest właściwie »patografją« gruźlicy, opartą na bardzo gruntownem badaniu i oświetlaniu faktów zebranych z wywiadów. Autor z wielką dokładnością, na podstawie bardzo szczegółowych wywiadów, wydobywa na światło dzienne ogrom faktów, wyjaśniających, jakiemi drogami wślizguje się gruźlica do ustroju w codziennem życiu klas średnich. Przedmiotem badania są głównie studenci, nauczyciele, nauczycielki, urzędnicy, urzędniczki, pielęgniarki i pomocnicy handlowi. W mnogości spostrzeżeń uwydatniają się jasno szkodliwości, które stopniowo i kolejno działały w sposób utajony na ustrój, choć pozornie nie pozostawały w bezpośrednim związku z obecnym stanem i obecnie wykonywanym zawodem. Uwidaczniają się liczne błędy i zaniedbania, oraz różne momenty, które powinny być punktem zaczepienia dla akcji ochronnej przeciwgruźliczej. Wyjaśniają się błędy popełniane przy wyborze zawodu. Autor dochodzi do wniosku, że teren działania ochronnego przeciw gruźlicy należy powiększyć, przyczem głównym punktem ciężkości powinno być rozszerzenie i pogłębienie czynności lekarzy szkolnych. Żąda trwałej obserwacji lekarskiej i przymusowych badań okresowych, zdążających do wczesnego rozpoznania początków i śledzenia źródeł zakażenia. Takie przymusowe badania okresowe należy rozciągnąć także na personal stykający się z młodzieżą, a więc na nauczycieli i opiekunów. Należy prowadzić obowiązkowo karty zdrowia. Dzieci ze skłonnością do gruźlicy należy przenosić do szkół leśnych. Powinno się wpływać na indywidualizowanie programu pracy, czuwać stale nad rozwojem fizycznym, szerzyć wiadomości higjeniczne, udzielać porad przy wyborze zawodu i wskazywać wyższym władzom zauważone braki.

Stosunki wyświetlone przez autora nasuwają liczne refleksje, wnioski i plany, któreby się powinno również i w Polsce zastosować dla zwalczania gruźlicy. Dlatego z pracą tą powinniby się zapoznać u nas przedewszystkiem lekarze szkolni, a nadto higjeniści, władze szkolne, urzędy oraz lekarze urzędowi, pojmujący poważnie swoje zadanie.

Dr. *M. Blassberg.* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Fizjologja.

Z. f. d. ges. exper. Medizin

T 14. Zeszyt 3 i 4.

E. v. Skramlik. **O anatomicznych właściwościach tworów przewodzących serca zimno-krwistych.** Histologiczne badania autora wykazały, że serce zimno-krwistych stanowi jedną nieprzerwaną ciągłość mięśniową. Poszczególne odcinki serca łączą się ze sobą zapomocą szerokich mięśniowych mostów zbudowanych pierścieniowato i złożonych tylko z włókien okólnie ugrupowanych. Mosty te są od wewnątrz wyłożone tkanką łączną, a od strony nasierdzia przerośnięte włóknami tkanki łącznej, które w ten sposób rozluźniają tkankę mięśniową mostów. Elementy mięśniowe mostów nie różnią się od sąsiedniej tkanki. Serce zimno-krwistych różni się od serca ciepło-krwistych tem, że jego poszczególne włókna dają się rozczłonkować, i że komórki mięsne tworów przewodzących nie są jeszcze zróżniczkowane. Okrężny przebieg włókien mięśniowych mostów tłómaczy dostatecznie, że droga, jaką bodziec opisuje na granicy poszczególnych odcinków serca, musi być znacznie dłuższa, od tej, jaką wykazują wymiary podłużne. Już ten wzgląd wyjaśnia nam dobitnie pauzy w czynności pojedyńczych odcinków serca. Nawet w tym przypadku, kiedy przyjmiemy włókna nerwowe, oplatające włókna mięśniowe za przewodniki bodźców, odgrywa główną rolę również tylko długość drogi, jaką bodziec przebiega.

H. Sikorski (Warszawa).

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.

T. 233. 1921.

T. Huzella. **W sprawie patologji torbieli krezkowych.** Przy sposobności sekcyjnego spostrzegania torbieli krezkowej u noworodka omawia autor obszernie sprawę torbieli krezkowych — głównie jednak sprawę pochodzenia interesujących torbieli nabłonkowych, względnie śródbłonkowych, przyczem opiera się na rozległem piśmiennictwie z zakresu poruszonego tematu Autor stwierdził u noworodka płci męskiej z wrodzonym brakiem jednej kończyny i niedrożnością cewki moczowej, i stąd bardzo znacznie rozdętym pęcherzem moczowym, torbiel krezki wielkości jabłka, dochodzącą do przyczepu krezki do jelita, obok niej zaś drugą, znacznie mniejszą. Obydwie wypełnione były surowiczym, nieco mętnym, słomkowym płynem(200 cm.). W ścianie torbieli, wytworzonej z tkanki łącznej, liczne jamki i szczelinki wyścielone śródbłonkiem, który tylko gdzieniegdzie można było stwierdzić na wewnętrz-

nej powierzchni torbieli. Rozpatrując własny przypadek i piśmiennictwo przychodzi autor do przekonania, że torbiele, spotykane w krezce, są podobne do spotykanych i w innych miejscach ustroju. Torbieli krezki nie można dzielić według rodzaju ich zawartości, ale należy odnośnie do nich zastosować podział, jaki został przyjęty wogóle dla torbieli, spotykanych w ustroju, a więc na prawdziwe nabłonkowe, względnie śródbłonkowe, i twory torbielowate (cystoidy), jak np. bąblowiec wieńcogłówki, jamy rozmiękczynowe po krwotokach, urazowe itd. Torbiele krezkowe — to głównie torbiele śródbłonkowe, należące do grupy torbielowych naczyniaków chłonnych; czy są to rzeczywiste nowotwory, czy też tylko rozszerzenia chłonne, rozstrzygają te dane, któremi kierujemy się w odróżnianiu naczyniaka od rozszerzeń naczynia chłonnego. Przypadek autora pierwszy, w którym stwierdzono u noworodka torbiel krezkową, jest torbielą chłonną pochodzenia rozwojowego; może on świadczyć o płodowem pochodzeniu i innych nabłonkowych, względnie śródbłonkowych, torbieli, stwierdzanych u dorosłych.

S e y l e r. **Histologicznie typowe homologiczne mięśniaki macicy ze wzrostem śródżylnym.** Opis preparatu licznych mięśniaków macicy wyciętej u kobiety 50-letniej. Do żył wrastał nowotwór pod postacią polipowatych tworów, uszypułowanych na długiej postronkowatej nóżce. Powierzchnia polipów była pokryta typowym śródbłonkiem naczynia. Autor omawia zapatrywania na pochodzenie tego rodzaju wrastających do żył mięśniaków, w szczególności zdanie o ich pochodzeniu z mięśniówki żyły. W danym przypadku sprawa niewątpliwie wyszła ze ściany macicy.

P u p k o. **Przyczynki do sprawy stłuszczenia mięśnia sercowego.** Autor zadał sobie następujące pytanie: 1. Czy istnieje fizjologiczne stłuszczenie mięśnia sercowego, względnie poszczególnych jego czynnościowych części? 2. Czy poszczególne, czynnościowo różne części mięśnia sercowego zachowują się pod względem stłuszczenia rozmaicie i czy ewentualnie te różnice należy odnieść do różnego ich czynnościowego znaczenia? i 3. Czy stłuszczenie mięśnia sercowego jest w istocie szkodliwe dla jego wydolności czynnościowej? Otóż autor na podstawie przebadania wcale dużego materjału nie mógł stwierdzić dążności do stłuszczenia włókien mięsnych w miarę starzenia się. Mięśnie brodawkowe i przedsionki okazują nieznaczną wzajemną zależność w stłuszczeniu, w porównaniu do innych części serca. Wybitniejszych różnic między stłuszczeniem prawego i lewego serca nie mógł zauważyć. W ogólności jeszcze największą niezależność od innych części serca co do stłuszczenia okazuje lewy mięsień brodawkowy i pęczki Hissa. Zresztą poszczególne części i okolice serca okazują tak dużą, niezależną od siebie różnorodność w stłuszczeniu, że istotnie nie można się tu dopatrzeć jakiejś systematyczności lub wzajemności względem siebie. Stosunek stłuszczenia serca do jego osłabienia jest niejasny; w każdym razie, gdyby stłuszczenie i osłabienie czynności serca szło ze sobą w parze, musielibyśmy, wobec częstości niedomogi serca, znacznie częściej spotykać się ze stłuszczeniem jego mięśnia.

Zeitschrift fur Krebsforschung.
T. 18. Z. 1/2. 1921.

F. J a n o w i t z. **Złośliwe nowotwory przewodu pokarmowego w czasie wojny.** Zdania o wpływie nienależytego i nieodpowiedniego odżywiania w czasie wojny na ilościowe zachowanie się nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego są różne. Niektórzy podnoszą, że liczba ich zmniejszyła się. Autorka podaje porównawczo dane statystyczne złośliwych nowotworów ze szpitala Rudolfa V i r c h o w a w Berlinie za 4 lata przedwojenne 1911—14 i 5 lat wojennych 1915—1919. W pierwszej serji na 30.609 chorych stwierdzono 342 przypadków raka i 3 mięsaki przewodu pokarmowego, w drugiej serji na 37.350 chorych 398, z tego 2 mięsaki; a więc procentowo 1.12% i 1.06%. Szczegółowe liczby, dotyczące umiejscowienia nowotworów w poszczególnych odcinkach przewodu pokarmowego i inne dane doprowadzają autorkę do wniosku, że w powyższym szpitalu nie można stwierdzić różnicy co do ilości i zachowania się nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego w okresie przedwojennym i w czasie wojny.

T. 18. Z. 3. 1921.

W. R a n. **Porównawcza statystyka z 5-ciu lat wojennych (1914—1919) i 5-ciu lat pokojowych (1909—1914) sekcjonowanych przypadków raka i innych złośliwych nowotworów w patologicznym instytucie szpitala miejskiego Drezno-Friedrichsstadt.** Statystyka obejmuje następujące liczby: W 5 latach pokojowych na 25.129 chorych mężczyzn, wykonano 2.589 sekcji, z czego wypadło na raka 297; w 5 latach wojennych na 25.148 chorych mężczyzn wykonano 2.933 sekcji, z czego wypadło na raka 340 sekcji. W latach pokojowych na 24.650 kobiet chorych wykonano 2.316 sekcji, z czego wypadło na raka 255; w latach wojennych na 25.216 kobiet chorych 2.555 sekcji, z czego na raka wypadło 240 sekcji. W licznych tablicach uwzględnia autor wiek, narządy i t. p. Po zestawieniu szeregu liczb dochodzi autor do następujących wniosków: Materjał sekcyjny wykazuje przyrost raków u mężczyzn, ubytek u kobiet, przyczem rak dotyczył szczególnie osobników między 41 i 50 r. życia, stosunkowo rzadziej wydarzał się u osobników w wieku podeszłym. Przewód pokarmowy w czasie wojny rzadziej był zajęty rakiem u mężczyzn, natomiast częściej u kobiet; narząd oddychania był nim zajęty częściej w czasie wojny i to u obu płci. W narządach płciowych u kobiet rzadziej stwierdzano raka w czasie wojny w porównaniu do czasu pokojowego. W czasie wojny stwierdzono u mężczyzn mniejszą liczbę raków z przerzutami, ale były one złośliwsze; dotyczy to raków przełyku i płuc. U kobiet naogół raki były złośliwsze, z wyjątkiem raków macicy.

Oczywiście autor zdaje sobie sprawę z tego, że jego statystyka nie może mieć ogólniejszego znaczenia dla określenia zachowania się nowotworów złośliwych w czasie wojny — dopiero ewentualnie w łączności z innemi statystykami może pozwolić na przybliżone do rzeczywistości wnioski. Ostateczny sąd o wpływie wojny na raka może być wypowiedziany dopiero w najbliższych latach, ponieważ rak jest chorobą powoli się rozwijającą. *W. N.* (Lwów).

Bakterjologja i odporność.

Cntrlbl. f. Bakteriologie.
Część Oryg. T. 87.

P l a s a j S. i P r i b r a m. **Przyczynki do systematyki drobnoustrojów. Systematyka laseczników dwubiegunowych** (lasecznik posocznicy krwawej). Badania dotyczą morfologji (barwienie rzęsek), serologji i biochemji bakteryj posocznicy krwawej, oraz ich stanowiska w systematyce ogólnej drobnoustrojów. Tablica systematyczna obejmuje 18 gatunków, ugrupowanych w trzech typach. Jako nazwę ogólną autorzy polecają *B. multosepticus*. Prątek dżumowy jest najbardziej zbliżony do typu pierwszego.

H. R o t k y. **Analiza odczynu zlepnego u chorych na dur brzuszny.** Autor stwierdza, że surowice chorych na dur brzuszny mogą dawać obie postacie odczynu zlepnego, a mianowicie: grudkową i obłoczkową. Miano postaci grudkowej jest znacznie niższe.

W. B e r n b l u m. **Badania porównawcze nad różnymi sposobami barwienia laseczników gruźliczych.** Autor porównywa metodę klasyczną Z i e h l - N e e l s e n a ze sposobami autorów następujących: G a r i s - T e l e m a n n, K r o n B e r g e r, U n n a - P a p p e n h e i m i K o n r i c h. Tylko ostatnia dorównywa metodzie klasycznej, a nawet przewyższa ją zarówno pod względem zawartości laseczników w preparacie, jak i co do zabarwienia kontrastowego, które oko chwyta łatwo i bez znużenia. Z tego względu podajemy przepis odnośny: barwi się fuksyną karbolową na gorąco; jak zwykle, odbarwia się 10% roztworem podsiarczynu sodowego, spłukuje wodą i podbarwia zielenią malachitową (nasyconą z dodatkiem podwójnej objętości wody) w ciągu 1/2—1/4 minuty.

K. P f e i f f e r i W. R o b i t s c h e k. **Zagęszczanie zawartości laseczników gruźliczych w plwocinie zapomocą zawiesiny mastyki.** Autorzy gotują 50 ccm plwociny z dodatkiem 150 ccm wody przez 1/2 godz., poczem dodają do 8 ccm mieszaniny 2 ccm rozcieńczonej zawiesiny mastyki (roztwór alkoholowy 10%, rozcieńczony 9 częściami alkoholu i mieszany z wodą w sto-

sunku 1 : 4) i przelewają do probówki wirówkowej. Probówka pozostale przez dobę w cieplarce i wiruje się. Prątki zbierają się zwykle na pograniczu płynu i osadu, ale mogą również znaleść się na samem dnie, lub na połowie wysokości warstwy mastyki. Preparaty doskonale trzymają się szkiełka.

S. Feinmann. **Epidemja duru osutkowego w Rydze w r. 1918—20.** Epidemja była zawleczona z Rosji i objęła 12,5% ogółu ludności — 25.000 osób. Z tego 2329 przeszło przez szpital autora. W tem były trzy przypadki stwierdzonego z pewnością powtórnego zapadnięcia na dur osutkowy. Śmiertelność wynosiła 13, 26%.

W. Fornet. Doniesienie 6. **Czysta hodowla zarazka ospy.** F. dowiódł w szeregu prac dawniejszych, że z krowianki surowej możnao trzymać w czystym stanie zarazek ospowy przez wyjałowienie eterem. Obecnie podaje przyrząd specjalny, zbudowany całkowicie ze szkła, służący do wyjaławiania krowianki parą eteru w ciepłocie 42° w ciągu 5—10 minut. Dawniejsze wyjaławianie eterem płynnym wymagało 24—100 godzin. Krowiankę rozcieńcza się przed wyjałowieniem 10 częściami fizjologicznego rozczynu soli. Szczepienie krowianki wyjałowionej, szczepionej na buljonie i agarze, daje wynik ujemny. Zarazek właściwy hoduje się w warunkach beztlenowych w buljonie, z dodatkiem surowicy i cukru gronowego; bierze się 1 ccm krowianki rozcieńczonej na 100 ccm pożywki. Mieszanina taka nie wywołuje na razie żadnego odczynu na rogówce królika, natomiast trzymana przez 7—10 dni w ciepłocie 30° daje odczyn dodatni, co świadczy o rozmnożeniu się swoistego zarazka, aczkolwiek pożywka nie wykazuje żadnego zmętnienia. Tensam zarazek daje się hodować w rurkach włosowatych, zawierających żelatynę glicerynową z dodatkiem 1% cukru gronowego i indyga, sprowadzając po upływie kilku dni zmianę barwy na zielonkawą a potem na kanarkowo-żółtą. Wreszcie w preparatach barwionych zaprawą Löfflera i fuksyną karbolową można bezpośrednio wykazać obecność zarazka (*microsoma variolae*).

E. Neumark i H. Heck. **O środkach tępiących szczury.** Autorzy zbadali około 10 gatunków preparatów bakteryjnych. Miały to być hodowle czyste specjalnych zarazków, zabijających szczury. Prawie wszystkie probówki zawierały — bez różnicy nazwy preparatu — mieszaninę banalnych saprofitów z przewagą lasecznika okrężnicy. Tylko dwa preparaty (Ratin i Rattentodt) składały się z hodowli czystych prątków, zbliżonych do grupy duru wrzekomego. Próby trucia szczurów dały wyniki ujemne przy użyciu zarówno hodowli czystych, jak i nieczystych. Pomyślnie wypadły próby z jadami chemicznemi pochodzenia mineralnego (fosfor) i roślinnego (cebula morska). Autorzy podają w końcu przepisy na przygotowanie trutek.

Krinkmann. **O zawartości dopełniacza we krwi ludzkiej.** Autor zbadał około 500 surowic ludzkich i znalazł zawartość dopełniacza niemal stałą, a mianowicie: 0,08—0,1 ccm surowicy rozpuszczało 0,5 ccm 3% krwinek baranich; cyfra ta występuje zarówno u zdrowych jak i w różnych stanach chorobowych. Tylko w 16 przypadkach autor znalazł zawartość znacznie mniejszą, a nawet całkowity brak dopełniacza. Autor obserwował to zjawisko zarówno u zdrowych, jak u chorych. Wahania zawartości dopełniacza u jednego i tego samego osobnika są bardzo małe. W surowicy pobranej jałowo i przechowywanej w zimnie zawartość dopełniacza nie zmienia się w ciągu 24 godzin. Surowica krwi ludzkiej rozpuszcza krwinki rozmaitych zwierząt. Co się tyczy stosunku surowicy krwi ludzkiej do krwinek pobranych od innych ludzi, to autor zbadał 13 przypadków i nie otrzymał ani razu hemolizy, zato w 4 przypadkach hemaglutynację. W jednym przypadku surowica krwi brata zlepiała krwinki siostry.

Szymanowski (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

The Lancet.

N. 1. T. II. 1921.

M. Davidson i Butterfield. **Niezwykły typ niemiarowości w schorzeniu zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej.** Chory l. 38 zgłosił się do szpitala z typowemi objawami niedomogi serca: z dusznością, kaszlem, powiększeniem wątroby, obrzękami kończyn, znacznem rozszerzeniem serca Liczba uderzeń tętna na tętnicy sprychowej od 30 do 50 na minutę. Badanie serca wykrywa rytm nieprawidłowy: po każdych 2 uderzeniach, dłuższa przerwa. Uderzenie drugie, wyraźnie zaznaczone w kardjogramie, lecz bardzo słabo na krzywej tętna sprychowego. Ton pierwszy i drugi dobrze słyszalny, w dłuższych przerwach między parami uderzeń czasami słyszalny ton trzeci. Zupełny brak szmeru przedskurczowego, chociaż lewy przedsionek był bardzo powiększony w następstwie wybitnie zwężonego lewego ujścia żylnego. Tętno żylne (*jugularis*) ma postać komorową i na krzywej fali a nie widać. Ponieważ chory nie zażywał wcale naparstnicy, powyższy zespół objawów, mimo braku typowej niemiarowości, nasuwał przypuszczenie migotania przedsionków. Stan chorego stale się pogarszał i tętno było zawsze zwolnione, ponieważ drugie uderzenie serca nie wywoływało nigdy macalnej fali tętna w tętnicy sprychowej (skurcz dodatkowy komorowy). Od czasu do czasu występowały napady omdlenia lub częściowej utraty przytomności, w czasie których tętno dochodziło ledwie do 30. Pod względem klinicznym objawy te przypominały blok serca, ale na krzywych tętna nie stwierdzono niezależnych skurczów przedsionkowych. Nadto mimo zupełnego zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego, stwierdzonego po śmierci, pęczek przedsionkowo-komorowy pozostał nietknięty.

I. Fox. **Gruczolak limfatyczny a gruźlica.** Spostrzegany przez autora przypadek gruczolaka limfatycznego klinicznie należy do typu brzusznych postaci choroby Hodgkina. Po śmierci znaleziono w śledzionie i gruczołach dosyć liczne laseczniki gruźlicze, jednakże bez swoistego odczynu komórek. Zmiany widoczne gołem okiem i drobnowidowe nie miały wcale cech właściwych gruźlicy, były raczej podobne do zmian, opisywanych przy chorobie Hodgkina. Zastanawiając się w końcu nad związkiem etjologicznym między chorobą Hodgkina i gruźlicą, zaznacza autor, że ogólnie przyjęta teorja wtórnego zakażenia gruczolaków limfatycznych laseczn ikami Kocha wymaga sprawdzenia.

N. 2. T. II. 1921.

L. Hill i J. McQueen. **Ciśnienie włoskowate i krążenie krwi we wstrząsie.** Aby określić ciśnienie krwi w tętniczkach, naczyniach włoskowatych i żyłkach, Hill stosuje ucisk szybki, który natychmiast przerywa krążenie. Przy ucisku powolnym otrzymujemy zgoła inne i niepewne wyniki. W warunkach prawidłowych ciśnienie krwi w polu włoskowatem jest bardzo niskie. Jak stwierdził Hill, na uciętych kończynach żaby wystarcza bardzo małe ciśnienie, żeby wepchnąć krew w naczynia włoskowate błon międzypalcowych. Energja kinetyczna prądu zależy od lepkości krwi i siły tarcia o ściany naczyń włoskowatych. Zwiększenie lepkości krwi musi wywoływać zwolnienie prądu. Fakt, że mimo względnie wysokiego ciśnienia prawidłowego w tętnicach większego kalibru (średnio 130 mm), całkowite ciśnienie kinetyczne i potencjalne w naczyniach włoskowatych nie dochodzi nawet do 10 mm Hg. świadczy najlepiej o niezwykle celowem i ekonomicznem urządzeniu ustroju. Ciśnienie większe narażałoby serce na nadmierną i zbyteczną pracę. Z pośród różnych stanów chorobowych niezmiernie ważne wskazówki daje badanie ciśnienia włoskowatego we wstrząsie urazowym. W niektórych przypadkach wstrząsu Fraser i Corvell stwierdzili ciśnienie skurczowe (Mx.) bardzo obniżone, od 40 do 90 mm Hg, czasami nawet 30 mm Napięcie większych tętnic na tym poziomie utrzymuje się dzięki skurczowi tętniczek, którego równoczesnem i nieuniknionem następstwem jest wybitne zmniejszenie energji kinetycznej prądu w naczyniach włoskowatych. Odpowiednio do zmniejszonego ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, całkowite ciśnienie w naczyniach włoskowatych spada do minimum i prąd krwi staje się nadzwyczajnie wolnym. Innemi słowy, występuje w nich zastój krwi ze wszystkiemi następstwami.

Dzięki urządzeniom obronnym, opisanym przed kilku laty przez Hilla, ustrój może zaradzić złemu. Autor wykazał, 1) że stopień napełnienia krwią naczyń włoskowatych w razie potrzeby może znacznie się zwiększyć na skutek ich

rozszerzenia, 2) że w warunkach zwykłych wielka część naczyń włoskowatych jest zupełnie próżną, wreszcie 3) że między małemi tętnicami i żyłami istnieją połączenia bezpośrednie, przez które przepływa krew pod dość znacznem ciśnieniem, z pominięciem naczyń włoskowatych. W wielu przypadkach wstrząsu stwierdzono w naczyniach włoskowatych zwiększone stężenie krwi z powodu zastoju. We krwi ich (1 mm^3) znajdujemy często o 2 miljony czerwonych krwinek więcej, niż we krwi żylnej. Fakt ten byłby niezrozumiały, gdyby naczynia włoskowate miały być jedyną drogą, łączącą układ tętniczy z żylnym. Natomiast tłumaczy się łatwo ze stanowiska innych i bezpośrednich między niemi połączeń. Krew, przepływająca przez nie, ma jednakowe stężenie i dopiero w układzie żylnym na drodze powrotnej do serca łączy się z krwią więcej stężoną, płynącą z naczyń włoskowatych. W ten sposób korzystny wpływ przetaczania krwi oraz dożylnych wstrzykiwań roztworu gumy we wstrząsie ma łatwo zrozumiałą fizjologiczną podstawę. Zabiegi te przedewszystkiem podnoszą ciśnienie w układzie tętniczym i ułatwiają krążenie krwi przez połączenia bezpośrednie, z pominięciem naczyń włoskowatych, które z powodu zastoju krwi stanowią narazie trudną do przezwyciężenia przeszkodę. Zwiększenie ciśnienia w naczyniach włoskowatych następuje dopiero wtórnie, na skutek ogólnie wzmożonego ciśnienia. Powtóre, przetaczanie krwi lub wlewanie roztworu soli z gumą arabską, rozcieńczając krew, zmniejszają zgęszczenie jej w naczyniach włoskowatych. Przywracając lepkość prawidłową, ułatwiają one dostęp tlenu do komórek tkankowych i zapobiegają dalszemu przesiąkaniu cieczy przez ściany naczyń włoskowatych. W ten sposób badanie ciśnienia włoskowatego rzuca wiele światła na istotę zastoju oraz na niebezpieczne skutki zbyt niskiego ciśnienia w tętnicach.

F. Thomson. **Rozpoznawanie i leczenie błonicy.** Z różnych klinicznych postaci błonicy, ze stanowiska rozpoznawania i leczenia, zasługują na szczególną uwagę postacie ciężkie złośliwe, które cechuje szybko występujący obrzęk gardła (*faucial*) i obrzmienie gruczołów szyjnych oraz towarzyszące im nacieczenie tkanki łącznej (*cellulitis*). Chorzy, nie leczeni w ciągu pierwszych 36 godzin, zazwyczaj giną. Przy leczeniu po 24 godzinach część chorych umiera, natomiast śmierć osób leczonych przed upływem doby, należy do bardzo rzadkich spostrzeżeń. To też wczesne rozpoznanie tej sprawy ma niezwykle doniosłe znaczenie. Jeżeli w ciągu pierwszych 24 godzin występują w gardle charakterystyczne błony, rozpoznanie nie przedstawia szczególnych trudności. Atoli w znacznej liczbie przypadków błony zaczynają wytwarzać się w końcu doby, rzadziej po 36 godzinach. Wówczas w rozpoznaniu różniczkowem trzeba mieć na względzie zapalenie okołomigdałkowe i zapalenie płonicze. W podejrzanym przypadku, nie czekając na wyniki ścisłego bakterjologicznego badania, trzeba natychmiast rozpoczynać leczenie swoiste. Wszelkie inne zabiegi, oprócz odpowiedniego odżywiania i zupełnego spokoju w położeniu leżącem, mają znaczenie podrzędne. Jakkolwiek w poszczególnym przypadku trudno określić pierwszą dawkę antytoksyny, zależy ona bowiem od całego zespołu objawów, w postaciach ciężkich dla pewności lepiej zastrzyknąć dodatkowo 4000 jednostek. Wielkość pierwszej dawki jest dotąd przedmiotem dyskusji, Rolleston w przypadkach ciężkich wstrzykuje odrazu 16,000 do 20,000 jednostek i taką samą lub nieco mniejszą dawkę w dniu następnym; w przypadkach średniego natężenia 8.000 do 12.000 jednostek, w przypadkach lekkich 4000 do 8000, najczęściej bez potrzeby powtarzania tej dawki. Antytoksynę należy wstrzykiwać śródmięśniowo, najlepiej w okolicę zewnętrzną grubych mięśni uda (*vastus externus*). Drugie wstrzyknięcie, zależnie od objawów choroby, powinno się wykonać nie później, jak po 24 godzinach. Powtórna dawka w przypadkach ciężkich waha się od 12,000 do 20,000 jednostek, w przypadkach średniego natężenia od 8000 do 10,000 jednostek. W końcu artykułu, ze względu na zdarzające się przypadki nagłej śmierci, omawia autor ważne znaczenie zupełnego spokoju w położeniu leżącem, początkowo, jeżeli można, nawet bez poduszki. Chorzy, dotknięci najlżejszą błonicą, powinni pozostawać w łóżku przynajmniej 15 dni. Średnio, pożądany jest spokój w ciągu 3 tygodni (minimum), w przypadkach bardzo ciężkich, w ciągu 6, a nawet 9 tyg.

Prof. J. R. MacLeod i Taylor. **Wpływ gorąca i zimna, stosowanego na powierzchni ciała, na ciepłotę mięśni, wątroby, nerek i mózgu.** Autorzy opisują drobiazgowo wyniki systematycznych doświadczeń na królikach, dokonywanych przy pomocy t. zw. »aplikatora« o 33 mm. średnicy, oraz przyrządów termoelektrycznych. Gorąco i zimno stosowano średnio w ciągu jednej godziny. Ogrzewanie uda, przewyższające o 10° C. ciepłotę skóry, wywołuje natychmiastowe podniesienie ciepłoty, które szerzy się na powierzchni i sięga w głąb mięśni na odległość 20 mm. Podniesienie ciepłoty jest następstwem przewodnictwa ciepła przez tkanki, a nie wynikiem rozszerzenia naczyń. Ciepłota krwi, określana głębiej i w pewnem oddaleniu od ogrzewanego miejsca, jest znacznie niższą od ciepłoty tkanek. Przy stosowaniu zimna, jeżeli różnica między ciepłotą przyrządu i skóry dochodzi do 20° C., następuje nagły spadek ciepłoty na powierzchni ciała. Na przestrzeni 25 mm. skóra oziębia się o 13—14° C., równocześnie wpływ zimna sięga na 11—15 mm. wgłąb mięśni i obniża ich ciepłotę o 3.9° do 4.7° C. Co do wątroby i nerek, to ciepło, zastosowane na okolicę tych narządów, jeżeli przewyższa o 10—12° C. ich ciepłotę wewnętrzną, pozostaje bez żadnego wpływu. Oddziaływania zimna, niższe o 20—25° C. od ciepłoty ciała, wywołują wyraźny spadek ciepłoty w wątrobie i bardzo nieznaczny w nerkach. Zdolność przenikania bodźców cieplnych do mózgu jest naogół większa, zależy jednak ściśle od stopnia rozgrzania lub oziębienia głowy. Jeżeli oddziaływanie zewnętrzne przewyższa o 7.4° C, ciepłotą ciała, ciepłota mózgu na głębokości 13 mm. podnosi się o 1.5° C. Analogiczny wpływ wywiera zimno. Zależnie od stopnia oziębienia głowy (o 7.4° C. — 25° C.), obniża się ciepłota mózgu na głębokości 14 mm. o 0,75° — 3,45° C. Zasługuje na podkreślenie. że powyższe oddziaływania cieplne pozostają bez widocznego wpływu na ogólną ciepłotę ciała.

Rozenfeld-Rożkowski. (Częstochowa).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.
Serja III. Tom II. Nr. 2 1921.

F. Dumarest i I. Lelong. **Badania doświadczalne nad pojemnością oddechową u ludzi leczonych odmą sztuczną.** Badania autorów — przy pomocy spirometru Chauveau — u ludzi leczonych odmą sztuczną wykazują, że z chwilą utworzenia się odmy zmniejsza się nagle pojemność oddechowa; zmniejszenie to jest proporcjonalne do szybkości utworzenia się odmy i wynosi jedną piątą do jednej czwartej ogólnej objętości powietrznej płuc przed zabiegiem; jednocześnie wzrasta liczba oddechów. Po 12—14 dniach jednak pojemność oddechowa powraca do pierwotnej wielkości, nawet u chorych z odmą zupełną; czasem przewyższa ona wielkość pierwotną; oddech staje się przytem znowu normalnym; powrót do normalnej pojemności następuje łatwiej u mężczyzn, niż u kobiet; u młodych osobników — szybciej, niż u starszych. Autorzy radzą przy zakładaniu odmy posługiwać się metodą Forlaniniego i tworzyć odmę powoli, w przeciągu 15 dni, by wywrzeć większy ucisk wtedy dopiero, gdy płuco przystosuje się do nowych warunków przewietrzania.

Mathieu-Pierre Weil. **Azotemja i wskaźnik wydzielniczy mocznika u chorych na gruźlicę płuc.** Autor przeprowadził szereg badań metodycznych u chorych na gruźlicę płuc, poszukując u nich azotemji i określając t. zw. »stałą Ambard'a«; posługiwał się aparatem Ivon'a. U chorych z włóknistą postacią suchot płucnych znalazł zwiększoną zawartość azotu we krwi jakoteż zwiększoną stałą Ambar'da; czyni je zależnemi od zmian miażdżycowych w nerkach. U chorych z postacią serowatą lub włóknisto-serowatą znajdował: 1. ilość azotu i stałą Ambard'a normalne, albo 2. ilość azotu we krwi była normalna, czasem nieco zmniejszona — stała wydzielnicza mocznika zmniejszona, albo 3. stała Ambard'a i azotemja były zwiększone. Z postępem sprawy chorobowej ilość azotu i stała Ambard'a zwiększają się; przeciwnie zaś, wraz z poprawą następuje zmniejszenie się ilości azotu we krwi oraz zejście stałej do normy.

A. Raphael. **Doświadczenie we Framingham. Przyczynek do sposobów walki przeciwgruźliczej w Stanach Zjednoczonych.** Nadzwyczaj ciekawy opis walki z gruźlicą, zakrojonej na wielką skalę, przy pomocy środków, dostarczonych przez Tow. asekuracyjne. Wybrano miasto Framingham (16.000 ludności) o różnorodnym składzie ludności, trudniącej się najrozmaitszemi przemysłami. Miasto ma doskonałą organizację sanitarną. Doświadczenie miało trwać od 3 do 5 lat. Już w pierwszym roku przy pomocy odpowiedniej agitacji oraz szeregu lekarzy i pracowników sanitarnych odwiedzono 1455 rodzin; lekarze zbadali 4473 osób, należących do 1783 rodzin; zarejestrowano wszystkich chorych i podzielono odpowiednio do postaci chorobowych; szczepiono śródskórnie tuberkuliną znaczną ilość dzieci. Na zasadzie liczby stwierdzonych chorych określono odsetek chorych na gruźlicę wogóle na 2,15%, wśród tych z gruźlicą czynną było 0,95%, co dla całych Stanów Zjednoczonych wynosiłoby 2,000.000 chorych wogóle, z tego połowa z gruźlicą czynną. Z pośród chorych 45 osób należało do klasy zamożnej, 115 do średniej i tylko 21 do ubogiej. Liczby te, tak rozbieżne z panującemi pojęciami, tłómaczą sobie tem, że biedni byli to prawie wyłącznie Włosi, którzy mają się odznaczać nadzwyczajną odpornością na gruźlicę. Podczas gdy iczba chorych amerykan wynosiła 2,58%, Irlandczyków 4,85%, Włochów chorych było tylko 0,48%. Ciekawe, że z liczby szczepionych tuberkuliną dzieci wśród Włochów było 51% dodatnich, wśród Irlandczyków 30% dodatnich wyników, a wśród Amerykanów 18%. Wszystkich lżej chorych wysłano do sanatorjów, a ciężej chorych do szpitali; dzieci zostały wyjęte ze środowiska, w którem mogły uledz zakażeniu.

G. Schreiber. **Referat o odczynie Wildbolz'a u dzieci gruźliczych.**

Fernand Bezançon i Andre Rollot. **Znaczenie odmian morfologicznych prątka gruźliczego z punktu widzenia rozpoznania i rokowania gruźlicy płuc.** Na zasadzie wyglądu laseczników nie można wnioskować o postaci klinicznej gruźlicy płuc. W postaciach ciężkich widziano i laseczniki z ziarnistością i laseczniki jednolite; w przeddzień śmierci zjawiały się wyjątkowo tylko postacie ziarniste w tych przypadkach, gdzie przedtem widziano postacie jednolite. Postać lasecznika nie jest zależna od ilości laseczników, spotykanych w danym przypadku. W hodowlach młodych znajdowano najwięcej jednolitych krótkich lub średniej wielkości laseczników; w hodowlach starych najwięcej laseczników ziarnistych.

Pissavy i Robine. **Postać zewnętrzna prątka Koch'a w związku ze stopniem stanu czynnego sprawy chorobowej w suchotach płuc.** (Oczyt i dyskusja). Autorzy na zasadzie swych badań wypowiadają się przeciw wartości rokowniczej laseczników zawierających ziarenka, co miałoby zwiastować rokowanie pomyślne. Autorzy znajdowali jednocześnie laseczniki z ziarnistością i laseczniki jednolite długie w stosunkowo dużej ilości ciężkich postaci gruźlicy płuc. Żywą dyskusję, wywołaną odczytem, zakończył Calmette zdaniem, że w chwili obecnej postać lasecznika nie może przyczynić się ani do rokowania, ani do rozpoznania postaci klinicznej i że kwestja nadal pozostaje otwartą. *Tenenbaum* (Łódź).

Choroby skórne i weneryczne.

Archiv f. Dermatologie u. Syphilis.
T. 134. 1921.

Meirowski i Lewen. **Szczególne znaki u zwierząt i ludzi, a systematyka znamion rodzinnych.** Przyczynek do porównawczej morfologji skóry.

M. Fischer. **Związek intelektualnych i psychicznych ułomności z wrodzonemi zaburzeniami w rozwoju skóry.**

L. Leven. **Znamię z równoczesnem zaburzeniem w rozwoju kośćca.**

M. Friedmann. **Mostki i włókniakowate (fibromatoidowe) twory w bliznach po liszaju zołzowym (skrofuloderma).** 1. W bliznach po liszaju zołzowym często spotykane mostki i twory włókniakowate należy uważać na podstawie badania histologicznego za pozostałości po prawidłowej skórze, niezniszczonej przez proces gruźliczy. 2. Budowa ich jednak różni się od skóry prawidłowej. W skórze właściwej, obok więcej lub mniej rozległego nacieku, silne nagromadzenie włókien sprężystych, znajdujących się najczęściej w okresie skłębienia i wybitnego zwyrodnienia. Poszczególne włókna sprężyste względnie ich szczątki znaleść można w nabłonku. Naskórek w głównych zarysach zmnieniony w znaczeniu akantozy (rogowacenia) i więcej lub mniej nietypowego bujania wypustek warstwy Malpighiego (*Retezapfenwucherung*). Mieszki gęściej ułożone niż normalnie, często silnie rozszerzone. Proces gruźliczy najczęściej ukończony.

W. Frei i K. Wiener. **Przypadek owrzodzeń skóry, należących do grupy ecthyma gangraenosum.** U starszej kobiety od roku tworzą się na rozmaitych częściach ciała guzowate nacieki, które szybko ulegają zropieniu i wrzodziejącemu rozpadowi. Owrzodzenia, pełzając obwodowo, zajmują znaczne przestrzenie; okazują jednak skłonność do gojenia. Mimo znalezienia lasecznika ropy błękitnej w poszczególnych, zamkniętych ogniskach, mimo dodatniej allergji i doświadczeń serologicznych i mimo doskonałego działania szczepionki z pyocyaneus — autorowie nie mają odwagi zaliczyć powyższego przypadku do schorzeń skóry, wywołanych wyłącznie przez lasecznika ropy błękitnej.

M. Friedmann. **Przyczynek do pseudoxanthoma elasticum. (Darier).**

J. Klaar. **Acrodermatitis chronica atrophicans z tworzeniem mięsaków.**

J. Csillag. **Nadmierne uwłosienie (hypertrichosis) w związku z pracą zawodową.** W młynie u robotników, którzy od lat zajęci byli noszeniem worów ze zbożem i mąką, zauważył autor wzmożony porosty włosów na tej przestrzeni barku i części grzbietu, na który robotnik zwyczajnie zarzucał przy dźwiganiu ciężary. Możliwe, że to stale w ciągu lat powtarzające się silne obciążenie, sprowadzając miejscowe przekrwienie, wywołało prócz innych objawów, jak przekrwienie, przerost mięśnia, i silniejszy porost włosów.

W. Frei. **Zespół atypowej rybiej łuski z nadmiernie rogowaciejącem znamieniem.**

J. Mayr. **Odczyn z koloidalnem złotem** (*Goldsol*). Drobiazgowe przepisy i wskazówki do należytego sporządzania odczynnika i wykonywania samego odczynu.

M. Barinbaum. **Kiła i rak.** Opis przypadku, w którym po upływie 48 lat od zakażenia na tle rozpadłego kilaka rozwinął się rak.

H. Martenstein. **Toczeń twardzielowaty.** (*Lupus vulgaris nasi rhinoscleromatoides*). Lion i Jadassohn ogłosili 2 przypadki tej atypowej postaci tocznia. Martenstein zebrał 7 podobnych przypadków z kliniki wrocławskiej. Rozpoznanie oparte na badaniu histologicznem, które jest niezbędne ze względu na odróżnienie od twardzieli nosa. Pierwotnie ulega schorzeniu gruźliczemu błona śluzowa przedniej części nosa; najczęściej zaatakowaną jest błona śluzowa w przedsionku, przedniej części dna nosa lub na przedniej stronie dolnej muszli. Gruźlicza tkanka granulacyjna potężną warstwą zajmuje śluzówkę i podśluzówkę. I te masy ziarninowe, wypuklając i napinając chrząstki, dają przy dotyku uczucie wybitnej twardości. Toż cechą tej atypowej postaci tocznia jest bardzo twarda konzystencja a zniekształcenie ograniczone głównie do części chrzęstnej nosa. Skóra blada z sinawym odcieniem zwyczajnie nie okazuje tkanki toczniowej.

Felke. **Badania nad wpływem salvarsanu na przebieg odczynów serologicznych.** Wpływ nieznacznej domieszki salvarsanu do krwi, która jeszcze nie uległa skrzepnieniu, objawia się zniesieniem zdolności krzepnienia lub jego opóźnieniem, zniszczeniem dopełniacza i oddziałaniem na odczyn serologiczny, co prowadzi przy odczynie Wassermanna do samozwrotności lub wzmocnienia już dodatniej reakcji, a przy odczynie Sachs-Georgi'ego do samostrącalności. Wytłómaczeniem może być do pewnego stopnia zmiana w budowie seroglobulin.

W. Frei. **Działanie salvarsanu na krętki blade.** (**Salvarsan srebrowy i neosalvarsan**). 1. Wkrótce po zastosowaniu leczniczej dawki srebrowego lub neosalvarsanu spostrzegano w większości badanych przypadków przemijające wzmożenie się krętków w wykwitach kiłowych, jako następstwo przejściowego podrażnienia, pobudzenia do rozrostu przez salvar-

sąn. 2. Chociaż w większości przypadków jednorazowe wlewanie salvarsanu usuwa krętki z surowicy uzyskiwanej dzięki miejscowemu drażnieniu, to jednak w niektórych przypadkach, gdy zaczęto od stosowania niskich dawek (0·1 srebrowego, 0·15 neosalvars.), znajdowano krętki jeszcze po kilku wstrzyknięciach, a nawet aż do chwili wygojenia wykwitu.

O. Grütz: **Kliniczna wartość odczynu Sachsa-Georgi'ego przy kile.** Po zbadaniu przeszło 2000 przypadków odczyn S.-G. okazał się cennym nabytkiem w serodjagnostyce kiły. Jeżeli wykonywanie Wassermanna z jakichś powodów staje się chwilowo niemożliwem, a w danym instytucie wszystkie przypadki podlegają dokładnej klinicznej obserwacji i kontroli, tam odczyn Sach.-Georg. może się okazać serodjagnostyczną metodą użyteczną i wystarczającą. Natomiast z płynem mózgowo-rdzeniowym odczyn Sach.-Georg. nie daje zadowalających wyników.

E. Schäber. **O badaniach płynu mózgowo-rdzeniowego przy kile.** Rozprawa Schaebera, oparta na 349 przypadkach, jest niejako uzupełnieniem pracy Rosta (Derm. Z. 23). Autor stara się wykazać, że zdarzają się przypadki tak wczesnej jak i późnej kiły, przy których badanie płynu mózgowo-rdzeniowego daje wynik ujemny. Nawet w przypadku klinicznie zupełnie pewnym co do zajęcia centralnego systemu nerwowego niekiedy wszystkie 4 odczyny dają wynik ujemny. W przypadkach nieleczonych, zwłaszcza w okresie wczesnym, o ile niema wybitnie silnych dolegliwości podmiotowych lub wyraźnych klinicznych objawów, wynik nakłucia rdzeniowego pozwala do pewnego stopnia oceniać stan układu nerwowego. W przypadkach natomiast niedostatecznie silnego leczenia, niewystarczającego do powstrzymania szerzącej się sprawy w układzie nerwowym centralnym, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie jest wskaźnikiem, jak dalece zaatakowanym jest system nerwowy. W przypadkach leczonych nie tłómaczą niczego, gdyż spotykamy niemal 40% przypadków ujemnych. Aby uniknąć mylnych rozpoznań, należy przedewszystkiem przeprowadzić najdokładniejsze badanie centralnego systemu nerwowego wszystkimi metodami klinicznemi (badanie neurologiczne, badanie dna oka, pola widzenia, badanie uszu itd.) Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego ulega w przebiegu kiły wahaniom, stąd wartość mieć może jedynie, gdy pozostaje w ścisłej łączności z innymi klinicznemi objawami i wszystkiemi pomocniczemi sposobami badań. Nie wolno też na podstawie jednorazowego zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego wysuwać jakichś daleko idących prognostycznych wniosków. Punkcja lumbalna nie daje też pewnego punktu oparcia dla wczesnego rozpoznania metalues.

J. Csillag. **Fez a strupień woszczynowy u Mahometan.**

M. Strassberg. **Keratodermitis follicularis atrophicans.**

M. Sasakawa. **Rozdział glikogenu w skórze przy normalnych i patologicznych stanach.**

E. Urbach. **Obecność włóknika w procesach kiłowych.** Włóknik znachodzi się we wszystkich okresach, połączonych z silniejszym zapalnym wysiękiem.

E. Thuicke. **Roślinne środki przeciw kile.** Przegląd wszystkich środków roślinnych, używanych w ciągu setek lat do leczenia kiły.

H. W. Siemens. **Klinika, histologia i etiologja tzw. epidermolysis bullosa traumatica (bullosis machanica)** wraz z kliniczno-doświadczalnemi badaniami nad powstawaniem pęcherzy w następstwie drażnienia.

B. Lipschütz. **Czysta hodowla** *bacillus crassus* **i sprawa nazwy** *»ulcus vulvae acutum«*.

C. Cronquist. **Lymphangitis prostato-iliaca.** Opierając się na własnych spostrzeżeniach, na krytyce dotychczas ogło szonych przypadków i na wynikach badań anatomicznych, przychodzi autor do wniosku, że rzeżączkowa spermatocystitis jest nader rzadkiem schorzeniem i w większości przypadków autor radby widzieć raczej *lymphangitis prostatoiliaca* z obrzękiem naczyń chłonnych, biegnących od prostaty do obwodowych limfatycznych gruczołów, które leżą przy wejściu do miednicy małej.

M. Jessner. **Choroba Bowena.** Do znanych w literaturze 9 przypadków choroby Bowena dorzuca autor 2 nowe. Cierpienie to, nazwane przez Dariera *»dermatose précancéreuse de Bowen, dyskératose lenticulaire et en disques«*, charakteryzuje się właściwemi zmianami nabłonka, które prowadzą do tworzenia nabłoniaka. Te zmiany nabłonkowe stwierdza się i w nieznacznych plamach czerwonych, ulegających złuszczaniu i w ogniskach guzkowych nadmiernie zrogowaciałych i w guzach i w nabłoniakowych partjach płaskiego nacieku, także w gruczołach i w przerzutach do narządów wewnętrznych. Najwybitniejszemi cechami obrazu histologicznego jest pewne »nieuporządkowanie« nabłonka, liczne mitozy, więcej śród- niż międzykomórkowy obrzęk, dyskeratoza, występowanie bardzo dużych komórek nabłonkowych z niedokształconemi, nieregularnemi, olbrzymiemi jądrami, które otacza niemal zawsze wakuola.

M. Jessner. **Przyczynek do acrodermatitis chronica atrophicans.**

E. Stäheli. **Zmiany skórne, wywołane przez pleśnie** (*dermatitis pustulosa oidiomycetica*) Opis trzech przypadków ostrej, zapalnej dermatozy, której przyczyną jest pleśń oidium, co stwierdzono i badaniem drobnowidowem i przez założenie hodowli i przez przeszczepienie czystych hodowli na skórę zdrowych osobników, wywołując zupełnie podobny obraz z pierwotnem cierpieniem.

J. Saphier. **Dermatoskopja.** Praca, oparta na żmudnych badaniach, przynosi wiele zajmujących szczegółów o stanie skóry podczas leczenia wcieraniami szaruchy, przynosi spostrzeżenia o guzkach liszaja czerwonego płaskiego w rozmaitych okresach i różniczkowo-rozpoznawcze cechy lupus erythematodes w przeciwstawieniu do lupus vulgaris. Referat o ileby miał przynieść korzyść, musiałby objąć i poprzednie prace autora z dziedziny dermatoskopji.

K. Heudorfer. **Badania nad powstawaniem barwika w skórze i stosunek jego do choroby Addisona.** Badania kontrolne nad przyczyną opisywanej przez Meirowskiego silniejszej, pośmiertnej pigmentacji, wykazały, że własność tę w zasadzie posiada każda skóra. To nowotworzenie barwika jest tem silniejsze, im go więcej przed tem posiadała skóra. Nasilenie barwikowe powstaje dzięki temu, że już gotowe, ale bezbarwne zawiązki barwika wskutek ogrzania zmieniają się w barwik. Naskórek produkuje chemiczną substancję barwikową i to w postaci wspomnianych, bezbarwnych zawiązków, które zwolna zmieniają się w ziarna barwika dzięki utlenieniu w następstwie powinowactwa do tlenu. Silniejsza przeto działalność naskórka jest przyczyną wzmożonego tworzenia barwika. Nie zgadza się to przeto z teorją Blocha, że barwik powłok skórnych powstaje przez zadziałanie utleniającego komórkowego zaczynu na pewne produkta odbudowy białka. Badanie podanego przez Blocha tzw. »Dopa« odczynu dwufenylalaninowego wykazało, że odczyn nie polega na działaniu zaczynów, ale jest specjalnym wyrazem redukujących własności barwika i jego zawiązków. Stąd teorja Blocha co do bronzowego zabarwienia skóry przy chorobie Addisona straciła podstawę. Badania autora, przeprowadzone na 3 przypadkach choroby Addisona, wykazały, że i tutaj ciemne zabarwienie skóry wywołane jest przez żywszą działalność naskórka. Możliwe, że skóra podejmuje pracę, odpowiadającą czynności nadnerczy; skóra jest przeto narządem o wewnętrznem wydzielaniu i przy wypadnięciu działalności nadnerczy obejmuje zastępczo ich rolę. Dzięki temu kompenzacyjnemu zwiększeniu działalności naskórka przychodzi do przebarwienia, przyczem tworzenie barwika jest może jednym z objawów towarzyszących tej wzmożonej funkcji. Możliwe, że to współdziałanie skóry i nadnerczy pozostaje pod wpływem nerwu współczulnego.

M. Rischin. **Przypadek wywołany przez grzybnie parendomyces.** Opis schorzenia, trwającego od 2 miesięcy u 42-letniego Szwajcara, schorzenia, które tak obrazem klinicznym jak i swoim przebiegiem najwięcej przypominało na owłosionej części twarzy *sycosis parasitaria*, a na skórze ciała *trichophytia superficialis*. Badania, do których porównawczo użyto licznych szczepów drożdży, saccharomykozy i parendomyces Balzeri, wykazały, że sprawa chorobowa wywołana przez nieopisany dotychczas rodzaj grzybów, który autor nazwał »parendomyces asteroides«. *Z. Kotiers* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo francuskie.

(Grudzień 1921, spis zupełny).

Achard (Dr.) — Encéphalite lèthargique. In-8 (14.5×23), 350 p. 18 fr.

Benon (R.) — Eléments de pathologie mentale. Clinique et médecine légale. In-12 (12×18,5), 240 p. 6 fr.

Brachet (A.) — Traité d'Embryologie des vertébrés. In-8 (16,4×25,5), 604 p, 576 fig. 60 fr.

Branca (Pr. A.) — Précis d'Embryologie. Embryologie générale et spéciale. In-12 (14,5×19.5), 279 p., 234 fig. 17 fr.

Durville (Maria). — La Petite Chirurgie chez soi. In-16 (11,7×15,5), 256 p. 12 fr.

Guisez (Dr.) — Diagnostic. Traitement et Expertises des séquelles oto-rhino-laryngologiques. In-12 (14×19,5) 222 p. avec 115 fig. 16 fr.

Hérelle (F. d'). — Le Bactériophage. In-8 (16,5×25,5) 227 p., aves fig. Monographies de l'Institut Pasteur. 12 fr.

Liebreich (le Dr. E.) — Le Sang in vitro. In-8 (13,5×21,5), 128 p., 2 pl. 10 fr.

Monin. — Hygiène et Médecine des vieillards. In-12 (12×18,5), 480 p. 10 fr.

Osborn (Henry Fairfield). — L'Origine et l'Evolution de la vie. Edition française. In-8 (15,7×24) 304 p. avec 126 fig 25 fr.

Poulliot (Dr. L.) — Hygiène de Maman et de Bébé. In-12 (18×12), 352 p. avec 44 fig. Cart. 10 fr.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXVI. Posiedzenie naukowe z dnia 14 grudnia 1921. (Dok.).

W dyskusji kol. Rosenhauch zachwala bardzo myśl wprowadzenia okularów pryzmowych, gdyż dają one możność zamaskowania, czy to protez, czy też, jak w tym przypadku, wad wrodzonych.

IV. Kol. Zubrzycki przedstawia podobiznę fotograficzną chorej z *akromegalją*. Chora jest trzeci raz w ciąży i podaje, że w każdej ciąży wybitnie grubiały jej rysy, lecz zmiana ta nie ustępowała po porodzie. Przy ostatniej tj. trzeciej ciąży, zmiany wystąpiły wybitniej, dając wszystkie objawy *akromegalji*. Zubrzycki przypuszcza, że w danym przypadku akromegalja pozostaje niewątpliwie w związku z ciążą. Występujący z reguły w ciąży przerost przysadki mózgowej przeszedł tu zapewne fizjologiczne granice, a zmiany w przysadce poszły tak daleko, że nie mogły się już cofnąć. Za podobnem zapatrywaniem przemawiałyby spostrzeżenia Tandlera i Grossa, którzy twierdzą, że spostrzegane ogólnie zgrubienie rysów u ciężarnych jest następstwem zmian w przysadce mózgowej, występujących w ciąży u każdej kobiety.

Kol Steuermark-Wielski przedstawia szereg djapozytów roentgenowskich zarówno z przypadku Zubrzyckiego, jak i innych.

V. Kol. Michejda przedstawia **preparat jelita, usuniętego operacyjnie** z powodu podwójnego wgłobienia. Mowca zaznacza, iż podwójne wgłobienia jelit są znane w piśmiennictwie, nie spotkał natomiast przypadku, gdzie miałoby się do czynienia z 2 wgłobieniami zwróconemi przeciw sobie, zazwyczaj kierunek posuwania się jelit wgłobionych, względnie ich głów jest ten sam. Po odgłobieniu wgłobienia wstecznego, niewątpliwie wtórnego, udało się odgłobienie pierwszego wgłobienia tylko częściowo. Odgłobiła się nawet jeszcze *valvula Bauchini*, nie udało się natomiast odgłobienie jelita ślepego, wykonano przeto resekcję, którą chory zniósł bardzo dobrze.

Uzyskany preparat jest jeszcze ciekawy i z tego względu, że na nim wyraźnie widać, iż zastawka Bauchina została biernie wciągnięta przez wpuklającą się pierwotnie kopułę jelita ślepego, na którem znajdują się wyraźne zmiany włókniste. Mamy tu zatem do czynienia nie z *invaginatio ileocoecalis*, lecz *coecocolica*, która zdaniem Dobruckiego, a także i mowcy, jest nieporównanie częstsza. Punktem wyjścia całej sprawy było najprawdopodobniej zapalenie wyrostka robaczkowego, które doprowadziło do daleko idących zmian włóknistych w obrębie wyrostka i jelita ślepego. (Streszczenie własne).

Szancenbach, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXII. Posiedzenie naukowe z dnia 16. grudnia 1921 r.

Przewodniczy kol. Nowicki. Obecnych członków 53.

1) Kol. Lehm przedstawia 68-letniego chorego z **rakiem przełyku**. Wziernikowanie stwierdza na 32 centymetrze od zębów rozległy naciek ścian przełyku, przenoszący się na tchawicę. Prześwietlania klatki piersiowej tuż po podaży papki barowej wykazały niezbicie obecność jej w drobnych oskrzelikach, bez najmniejszego nawet odczynu wykszstuśnego! Tolerancja ta polega, zdaniem mowcy, albo na wrodzonej mniejszej pobudliwości, albo na porażeniu pod wpływem rosnącego nowotworu zakończeń nerwowych. **W dyskusji** kol. Vrabetz i Ostrowski przypominają również podobne przypadki braku odruchów wykszstuśnych przy zaleganiu obcej treści w oskrzelach. Kol. Węgrzynowski zauważył zjawisko podobne u chorych na promienicę, którym wstrzykuje w tkankę płucną roztwór siarczanu miedziowego. Ponadto przemawiali koledzy: Schramm, Ziembicki, Zalewski, i Nowicki.

2) Zebrani wybierają na wniosek Zarządu Towarzystwa skład Komisji Matki.

3) Kol. Gröer wygłasza odczyt p. t.: **„Leczenie światłem** (helio i actinoterapia)" Streszczenia nie nadesłano. **W dyskusji** przemawiali koledzy: Rencki, Bocheński, Schramm, Nowicki i prelegent.

A. Zakrzewski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 4. stycznia 1922 r.

I. Kol. Kummant. **Wycięcie trzech czwartych żołądka z powodu wrzodu, w znieczuleniu miejscowem.** Chory lat 37, od dwu lat objawy żołądkowe. Na wadze stracił 24 kg. obecnie waży 40,5 kg. Skiogram wykazuje niszę Haudecka pośrodku małej krzywizny. Przy operacji okazało się: zrośnięcie małej krzywizny z wątrobą. Wrzód drąży do wątroby i trzustki, gdzie wytworzył krater (3 cm. średnicy). Krater wycięto nożem, krwawienie zatamowano naszyciem sieci. Wycięty żołądek zawierał 40 gr. bismutu (fotografji dokonano przed trzema tygodniami). Stan chorego doskonały.

II. Wysłuchano sprawozdań za r. 1921: sekretarza, bibliotekarza i skarbnika.

III. Wkładkę roczną oznaczono na 4.000 Mk.; wpisowe na 500 Mk., jednorazową daninę na 1500 Mk., na bibliotekę złożyło członków 87.

IV. Przyjęto nowych 12 członków. Towarzystwo liczy obecnie członków stu jedenastu.

V. Dokonano wyboru Zarządu na r. 1922 a to następujących kolegów: Prezes: Seweryn Sterling, zastępca prezesa: Antoni Mikulski, sekretarz I. Józef Michalski, sekretarz II. Fabian Klozenberg, bibliotekarz I. Zdzisław Prechner, bibliotekarz II. Zygmunt Golc, skarbnik Tadeusz Mogilnicki. Komisja rewizyjna: Władysław Pinkus, Wiktor Littauer, Ignacy Pęski. Komisja biblioteczna: Skalski, Starzyński i Venulet.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 4 listopada 1921 r.

Obecnych członków 21.

I. Kol. Wrześniowski pokazał: a) dziecko $1\frac{1}{2}$ roczne z **obustronną wargą zajęczą, rozszczepieniem górnej szczęki i całego podniebienia.** Operacja wytwórcza polegała między innemi na cofnięciu kości przysiecznej, sterczącej prawie równo z koniuszkiem nosa. Wynik kosmetyczny b. dobry;

b) dziewczynkę 8-letnią z **lewem kolanem szpotawem i przegiętem w tył.** Lewa kość piszczelowa krótsza od prawej o 6 cm., kość strzałkowa o 3 cm. Podudzie wykrzywione widocznie na miejscu połączenia nasady i trzonu, przypuszczalnie skutkiem zaniku chrząstki nasadowej górnej w kości piszczelowej;

c) **kostniako-chrzęstniaka śródręcza** chłopca 14-letniego. Guz wielkości dużej pięści wychodził z 4-ej kości śródręcza, którą usunięto wraz z guzem.

II. Kol. Okuszko omówił przypadek **późnego krwotoku atonicznego macicy.** Wezwany do gwałtownego krwotoku w 12 dni po porodzie usunął ręcznie nieduży, wielkości orzecha włoskiego kawałek łożyska; krwotok trwał dalej, mięsień macicy był tak wiotki, iż musiano jamę macicy wytamponować i zastrzyknąć chorej 500 gr. roztworu fizjologicznego soli. Mówca uważa przypadek za bardzo rzadki.

W dyskusji przemawiali koledzy: Kędzierski, Bogucki, E Kon i S. Kon. Kol. E. Kon opisuje przypadek silnego krwotoku w 5 tygodni po porodzie (położnica po rozwiązaniu czuła się dobrze i po tygodniu wstała) — znaleziono w macicy całe łożysko, po którego usunięciu krwotok ustał.

Kol. S. Kon sądzi, że przypadek kol. Okuszki nie należy do rzadkich. W ostatnich kilku miesiącach miał 3 podobne przypadki.

III. Kol. Stefan Kon wygłosił referat: **„Zapalenie wyrostka robaczkowego i ciąża".** Przewodnią myślą referatu jest możliwie wczesne rozpoznanie i doszczętne usunięcie wyrostka. W rozpoznaniu należy kierować się wywiadami i szeregiem znanych ogólnie objawów. Czasami niepowstrzymane wymioty podczas ciąży mają swe źródło w sprawach zapalnych wyrostka, które z powodu powiększenia się macicy i rozciągania zrostów ulegają często zaostrzeniu.

W dyskusji koledzy Bram, Wasilewski, Edw. Kon, Okuszko i Kędzierski poparli zdanie sprawozdawcy, zaznaczyli jednak trudności rozpoznawcze w podobnych przypadkach.

Uwaga. W sprawozdaniu z dnia 20 maja 1921 r. (Nr. 11 Pols. Czasop. Lekarsk.) z powodu oszczędności miejsca zostały pominięte następujące szczegóły w streszczeniu pokazów kolegi Wrześniowskiego.

a) Kol. Wrześniowski przedstawił preparat **ciąży jajowodowej**, operowanej w 12 godzin po pęknięciu z wynikiem dodatnim.

b) mały torbiel jajnika, operowany z powodu błędnego rozpoznania ciąży jajowodowej. Wyzdrowienie.

c) **Wyrostek robaczkowy**, wycięty w 48 godzin **po pierwszym w życiu napadzie.** Obok wierzchołka wyrostka, między jego

ścianą, krezką wyrostka i przyklejoną wielką siecią znaleziono ropień wielkości orzecha laskowego. Sączkowanie jamy brzusznej gazą, — wyzdrowienie.

d) Wyrostek robaczkowy i pęcherzyk żółciowy 56-letniej kobiety, usunięte równocześnie drogą operacyjną przez jedno cięcie poprzeczne brzucha. Dokładne zbadanie i rozpoznanie było możliwe dopiero po uśpieniu chorej przed operacją. Wyrostek robaczkowy przekrwiony, obrzmiały, z owrzodzeniami na śluzówce; pęcherzyk żółciowy miał 3 duże plamy zgorzelinowe na błonie surowiczej, zawartość cuchnącą surowiczo-ropną oraz jeden duży kamień wielkości orzecha włoskiego. Sączkowanie jamy brzusznej gazą, wyzdrowienie. (Streszczenie własne).

K. Łokczewski, sekretarz.

Związek lekarzy P. P. — Koło łuckie.

Sprawozdanie roczne z posiedzeń, odbytych w r. 1921.

W r. 1921 Łuckie koło Z.L.P.P. odbyło 12 posiedzeń, w których brali udział prócz członków goście, jak prof Gröer ze Lwowa, któremu Koło w znacznej części zawdzięcza organizację odczytów profesorskich. Odczyty lwowskich profesorów w Łucku odbyły się w czerwcu i miały za temat następujące wykłady: „Organizacja opieki społecznej“ i „Problemy odżywiania“, prof. Gröer; „Obecny stan badań nad rakiem i walka z nim“, prof. Nowicki; „Ogólny pogląd na postępy medycyny wewnętrznej i choroby serca“, prof. Franke; „Postępowanie przy miednicach ścieśnionych“, doc. Bocheński; „Technika ekstrakcji zębów w trudniejszych przypadkach i o znieczulaniu“, prof. Cieszyński; „O odporności“ i „Ogólna epidemjologja“, doc Steusing; „Organizacja Związków lekarsk.“ i „Leczenie chorób wenerycznych“, Dr. Papée; „O krajowych zdrojowiskach i uzdrowiskach“, Dr. Sabatowski. W roku sprawozdawczym Łuckie Koło Zw. Lek zajmowało się zwalczaniem wśród starszych epidemji duru osutkowego, wśród dzieci zaś epidemji płonicy. Pod jesień dur znacznie osłabł, a płonicę zmieniła odra. Referaty naukowe i pokazy mieli: kol. J. Mininson, referat pod tytułem „Centralne pęknięcie krocza w czasie porodu“; pokazy preparatów po laparotomjach z dobrem zejściem — mięśniak macicy, włókniako-mięśniak, skórzaki jajników; pokazy dwóch zaśniadów groniastych; referat z pokazami — trzy przypadki ciąży pozamacicznej przerwanej: w dwóch przypadkach ciąża trąbkowa a w trzecim jajnikowa. Kapitan lekarz W. Fuks wygłosił odczyt pod tytułem „Zimnica i doświadczenie wojenne“; kol. Bejlin — referat „O epidemji płonicy w Łucku“; kol L. Radwański — „Sprawozdanie z działalności Jura na punkcie repatrjacyjnym w Równem“; kol. A. Wojnicz — referat „Trzy różne przypadki przepukliny pachwinowo-mosznowej: patologiczna, sztuczna i wrodzona, operowane sposobem Bassini“, pokazał przy tem wycięte worki przepuklinowe; referat pod tytułem „Z kazuistyki przetok odbytnicy“.

W dyskusji nad referatami i pokazami brali udział prawie wszyscy członkowie stosownie do specjalności. Przewodniczącym kol. Fr. Miłaszewski, sekretarzem kol. Wac. Żytyński. Na ostatniem w roku, z kolei 20, posiedzeniu, z powodu wyjazdu kol. Żytyńskiego do Lwowa, na sekretarza Związku wybrany został kol. A. Wojnicz, który przyjął to zaszczytne stanowisko do powrotu kol. Żytyńskiego. Posiedzenia odbywały się raz na miesiąc, w piątki po 1-ym, w sali „Ogniska“ o godzinie $7^1/_2$ wieczorem. Na posiedzeniach bywało od 12 do 20 członków.

A. Wojnicz, sekretarz. *Miłaszewski*, prezes.

Towarzystwo chirurgów polskich w Warszawie.

Posiedzenie naukowe z dnia 30 grudnia 1921 r.
(w uniwersyteckiej Klinice Chirurg. Nr. 2 w Szpit. Św. Ducha)
Przewodniczy Prof. B. Sawicki. Obecnych 31

1. Lubelski przedstawił chorego po operacji **skrętu esicy**, przyczem omówił zastosowaną w tym przypadku metodę operacyjną. Polega ona na plastyce krezki esicy, w której wyniku podłużna oś krezki przeistacza się w poprzeczną, a części pętli — doprowadzająca i odprowadzająca — zamiast ścisłego przylegania do siebie, co stwarza warunki sprzyjające skrętowi, rozsuwają się szeroko, uniemożliwiając chorobliwe przemieszczenie. Prócz tego fałduje on ściany kiszki licznymi szwami, nakładanymi w trzech częściach kiszki.

W dyskusji Sawicki zwraca uwagę, że prawdopodobnie nie zawsze da się przeprowadzić podobna plastyka, i przypomina inne przez się stosowane w tych razach sposoby.

2. Fryszman przedstawia chorego po **wyłuszczeniu nerki gruźliczej**, dając w opisie choroby ilustrację do wstecznego prądu moczu w moczowodzie; mianowicie chory przed rokiem był badany za granicą przez poważnego urologa, który rozpoznał obustronną gruźlicę nerek i wysłał chorego do domu. F. przystąpił do zgłębiania moczowodów i stwierdził co następuje. Po stronie prawej zbierał się mocz o cechach typowych dla gruźlicy nerki, z moczowodu lewego przy wprowadzeniu zgłębnika na 15 ctm otrzymano mocz taki sam, jak po stronie prawej, i dopiero po przepchnięciu zgłębnika aż do miedniczki otrzymano mocz zupełnie czysty. Mieliśmy tu niewątpliwie do czynienia z prądem wstecznym dzięki któremu mocz z zakażonej (gruźliczo chorej) prawej nerki przez pęcherz przedostawał się do moczowodu strony drugiej, zdrowej, dzięki czemu przed rokiem rozpoznano mylnie gruźlicę dwustronną nerek. Nerka wyłuszczona przedstawia cechy daleko posuniętej gruźlicy, a chory po operacji poprawia się wybornie, co najlepiej świadczy o dobrym stanie nerki lewej. W celu przekonania się, czy w danym razie nie mamy do czynienia z prądem wstecznym, należy wprowadzić do pęcherza indygokarmin, poczem wszelkie zabarwienie moczu płynącego z nerek będzie wskazywało na prąd wsteczny, albowiem pamiętać należy, iż wchłaniania przez pęcherz niema prawie wcale.

W dyskusji Kiełkiewicz podkreśla, że najpewniejsze i najmniej zwodnicze wyniki daje kontrolowanie wydalania się przez nerki indygokarminu wstrzykniętego podskórnie.

3. Kaczyński przedstawił chorą po niedawno dokonanej operacji osteoplastycznej, mianowicie **modelowania stopy**, z jednej strony krwawego, z drugiej niekrwawego, w przypadku stóp płasko-koślawych wrodzonych ustalonych (*pedes plano-valgi fixati congeniti*). Z obu stron wynik do tej pory osiągnięty przedstawia się zupełnie dodatnio.

W dyskusji Łapiński wypowiada się przeciw modelowaniu niekrwawemu, ponieważ ono pociąga za sobą większy uraz tkanek, aniżeli zabieg krwawy, zwłaszcza pamiętać należy o zatorach tłuszczowych. Wycinając kliny kostne, należy dążyć do hyperkorekcji, gdyż w przeciwnym razie łatwo otrzymuje się nawroty, nawet mimo długotrwałego stosowania gipsu i podkładek.

4. Kołodziejski przedstawił przypadek **modelowania krwawego** z powodu wrodzonych stop końsko-szpotawych (*pedes equino-vari*).

5. Rutkowski Jerzy przedstawił przypadek sekcyjny **ropowicy gazowej** moszny w wyniku posokowego zapalenia wyrostka robaczkowego, mianowicie dotknięty zgorzelą wyrostek, przylegający do bocznego zagłębienia (*fovea*) pachwinowego, w następstwie przedziurawienia powodował zakażenie kanału pachwinowego i ropowicę gazową moszny. Z ropy wyhodowano laseczniki okrężnicy.

6. Zaorski pokazał chorego, u którego w wyniku **ostrego zapalenia szpiku trzonu i nasady dolnej** kości udowej ze zniekształceniem kłykcia zewnętrznego rozwinęło się **kolano koślawe** (*g. valgum*).

W dyskusji Sawicki, opierając się na obrazie roentgenowskim, wypowiada przypuszczenie, iż prawdopodobnie mamy tu do czynienia z nadwichnięciem na skutek zniszczenia więzów

7. Kochan przedstawia przypadek **zrośnięcia 4-ch palców u ręki po oparzeniu**, gdzie z powodzeniem zastosowano plastykę ścięgien i epidermizację bez przeszczepiania naskórka.

8. Rutkowski J. wygłosił odczyt **o bezmoczu odruchowym**, opierając się na następującym przypadku spostrzeganym na klinice: 20-letniemu młodzieńcowi z powodu rzerzączkowego zwężenia cewki dokonano bez uśpienia przecięcia cewki wewnętrznego. Tegoż dnia skok ciepłoty do 39,6, a w ciągu nocy do rana zebrano przez cewnik tylko 50 cm^3moczu. Przez następne 2 doby całkowity bezmocz z objawami zatrucia w postaci bolu głowy, wymiotów i sinicy. W ciągu trzeciej doby mocz począł się wydalać z powrotem, lecz narazie w ilości nader skąpej (480 grm. na dobę). R. podkreśla okoliczność, że nerki chorego przed zabiegiem były nieskazitelnie zdrowe.

W dyskusji Fryszman wspomina o zastrzykiwaniu dożylnem glukozy przeciw podobnemu bezmoczowi.

9. Wasilewski wygłasza odczyt, objaśniając go własnem spostrzeżeniem, o **wrodzonej torbieli krezkowej mleczowej** (*cystoma entodermale embryonale*) jako przyczynek do rozpoznawania i leczenia torbieli pozaotrzewnowych, czerpiąc wiele danych z obszernej pracy Warchoła (Lwów). W przypadku W. istniał u 16-letniej dziewczyny chełboczący guz jamy brzusznej, robiący wrażenie nagromadzenia płynu wolnego w jamie otrzewny. Po otworzeniu powłok brzusznych okazał się guz leżący pozaotrzewnowo, do którego dotarto po nacięciu lewego listka krezkowego. Torbiel zawierała dwa litry cieczy szaro-mlecznej, ściana jej była bardzo bogato unaczyniona. Wydzielono tylko część ściany, wycięto ją, resztę zaś wszyto w powłoki brzuszne. Badanie płynu wykazało mlecz (*chylus*), a obraz drobnowidowy tkanki ściany okazał się typowy dla układu pokarmowego, z pewnemi tylko zmianami w nabłonku oraz słabym rozwojem warstwy mięśni gładkich. Wygląd błony śluzowej przypominał obraz „*gastritis hyperplastica glandularis*“ (badał prof. Hornowski). Pochodzenie guza niewątpliwie wrodzone na tle zaburzeń rozwojowych płodu. W. nie zna z piśmiennictwa przypadku takiego samego z opisanym. Opisawszy sposoby rozpoznawania i leczenia, podaje statystykę śmiertelności zebraną przez Chołmskiego, mianowicie wynosi ona od 10—33%, co zależy od metody operacyjnej (czem doszczętniej, tem śmiertelność większa). *E. Lewenstern.*

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

V. Posiedzenie w dniu 23. czerwca 1921.

1) Prym. Leńko: Przedstawiwszy na wstępie ze zbioru oddziałowego z ostatnich 16 lat 139 rzadszych **okazów kamieni pęcherzowych**, kruszonych lub wydobytych przez śp. prof. Grzegorza Ziembickiego, jakoteż ciał obcych cewki i pęcherza, omawia przypadek **niezwykłego powikłania w czasie litotrypsji**. W czasie kruszenia kruszydłem Nr. 2 Collina zaklinowała się część męzka wskutek miału i krwi w rowkn części żeńskiej aparatu tak silnie, iż uderzenia młotkiem przy równoczesnem ściskaniu szczęk dziuba obcęgami do przytrzymywania kości, w otwartym pęcherzu, nie zdołały zbliżyć ramion mniej niż na dwa centymetry rozstępu. Nie mając pilnika do przepiłowania części obwodowej, spróbowano wyciągnąć otwarty przyrząd drogą naturalną, co się też udało, jednakże cewkę trzeba było naciąć na 5 cm od ujścia zewnętrznego. Oprócz krwawego podbiegnięcia na kroczu

i prąciu, rychło przemijającego, nie odniósł chory poważniejszej szkody. Winę przypisać trzeba budowie narzędzia, które dało się rozłożyć dopiero po napuszczeniu nafty do rowka części żeńskiej, rozgrzaniu nad lampką spirytusową i uderzeniach młotkiem drewnianym w kierunku większego rozwarcia i odwrotnie. U Stankiewicza odgięła się część męzka szczęki, u Schlaginweita miała się rzecz podobnie, jak w opisanym przypadku, trzecim znanym w ogóle.

2) Dr. Domaszewicz (Oddz. W. III.) a) Przedstawia małego chłopaka z niezwykłymi objawami zaburzeń w równowadze po przebyciu *encephalitis epidemica*. Jak we wszystkich niemal przypadkach i tu obok charakterystycznego ustawienia parkinsonowskiego spostrzegamy retropulsję, w chwili jednak, gdy dla znalezienia równowagi chory szuka oparcia i cofa się wstecz, a oparcia nie znachodzi, wykonuje ruch t. zw. maneżowy i nagłym zwrotem obraca się w przeciwnym kierunku, aby uniknąć upadku. Gdy stoi oparty, osuwa się, siada, pada i zasypia. Także np. w czasie przyjmowania posiłku, gdy zacznie jeść stojąco, za chwilę usuwa się i kończy leżąco. Prelegent zwraca uwagę, że wszystkie objawy występują u chorego wyraźniej w porze przedpołudniowej, co odpowiada spostrzeżeniom, że porządek dnia jest u takich chorych odwrócony. Lokalizacja zmian w przedstawionym przypadku nie jest łatwa. Przypominając, że u zwierząt, po usunięciu jednej połowy *thalamus opticus*, występują ruchy obrotowe około osi, względnie maneżowe, w stronę zdrową, i tutaj przypuszcza mowca zmiany w okolicy *thalamus opticus*. Istnieją niewątpliwie i inne ogniska (*hemispasmus* po stronie prawej wskazuje na uszkodzenie dróg ruchowych w lewej półkuli mózgowej). Mowca wspomina o doświadczeniach Rothfelda na królikach, o czem była mowa na jednem z posiedzeń Tow. lek. lwowskiego przy sposobności przedstawienia tegoż przypadku.

b) Przedstawia dziewczynę z objawami choroby Friedreicha (*ataxia hereditaria*), która w jej rodzinie wystąpiła sporadycznie. Omawia cechy cierpienia i jego rzadkość. Zwraca uwagę na prace Świtalskiego z piśmiennictwa polskiego.

3) Dr. Nowiński omawia epidemjologję i klinikę cholery i przedstawia model łóżka własnego pomysłu dla cholerycznych. Łóżko to jest zabudowane na kształt skrzyni i podgrzewane odpowiednio urządzonym palnikiem spirytusowym. Zastosował je na większą skalę w czasie swej praktyki szpitalnej przed wojną w Winnicy, gdzie sporządzono 60 takich łóżek. Obok zbawiennego działania stałego ciepła na stan chorych, natychmiastowego pocenia się i skrócenia okresu zamartwiczego, podnosi mowca ekonomję obsługi, gdy bowiem dla 60 chorych potrzebował w zwykłych warunkach 120 sanitarjuszy, po wprowadzeniu opisanego łóżka wystarczało dwunastu. Koszt łóżka wynosił przed wojną 4 rub. 75 kop. wraz z palnikiem. (Przedstawione łóżko zostanie zastosowane na próbę w szpitalu lwowskim. Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiali kol. Rosenthal, Ziembicki i Zasowski.

VI. posiedzenie z dnia 30 czerwca 1921.

I. Dr. Duczymińska omawia przypadek uszkodzenia główki przy samoistnym porodzie u wieloródki z miednicą płaską nieumiarową. Zwężenie pierwszego stopnia. Linja bezimienna bardziej płaska po stronie prawej. Wzgórek (*promontorium*) sterczy po prawej. Po lewej miednica obszerniejsza. Sp. $24^1/_2$, Cz. $26^1/_2$, Tr. $28^1/_2$, Conj ext. $17^1/_2$, Conj. diag. 10. Pierwszy poród w ułożeniu Cz. II skończył się wymóżdżeniem. Waga płodu 3600 bez mózgu. Drugi poród w ułożeniu Cz. I. Zgłosiła się z końcem I. okresu, bezpośrednio potem pękł pęcherz. Akcja porodowa bardzo silna. Główka wstawia się do wchodu i przechodzi kanał kostny miednicy małej, dokonując prawidłowych zwrotów. W godzinę rodzi się płód żeński, 4100 gr., omdlały. Po docuceniu okazało się przy oględzinach, że główka posiada duże wzgniecenie na prawej kości czołowej. Po 48 godzinach płód zmarł wśród objawów ucisku mózgu. Sekcja wykazała załamanie kości czołowej prawej aż do opony twardej i wylew krwawy podoponowy.

II. Dr. Zakrzewski (Inst. anat.-pat.) przedstawia preparaty z przypadku wtórnego mięsaka opłucnej i płuc, wychodzącego z żeber.

W dyskusji prym Ziembicki przytacza szczegóły z historji choroby, które pozwoliły powyższe rozpoznanie uczynić za życia.

III. Dr. Baley (Oddz. W. III.) omawia wynik badań nad obrazem krwi w letargicznem zapaleniu mózgu. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiali Dr. Domaszewicz i prym. Ziembicki, który przedstawiony obraz krwi, odznaczający się m. i. znaczną limfocytozą, uważa za dowód odczynu ustroju na długotrwający proces chorobowy. *W. Z.*

Medycyna społeczna.

Obecna repatrjacja z Rosji z punktu widzenia sanitarnego.

Referaty wygłoszone na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego dnia 27. stycznia 1922 (w streszczeniu).

Dr. H. Palester. Lwów.

O niedomaganiach i postulatach higjenicznych z powodu grożących epidemij w związku z falą repatrjacyjną na przedmurzu Wschodniej Małopolski.

Wieść o powstaniu Państwa Polskiego, wywołała wśród kilko-miljonowej ludności polskiej, rozsianej na olbrzymich przestrzeniach b. imperjum rosyjskiego, żywiołową chęć powrotu do kraju.

Rząd polski w przewidywaniu powrotu powołał do życia tak zwane: »Urzędy Emigracyjne« (Jur). Urzędy te, najwięcej czynne w miesiącach wiosennych i letnich r. 1920, w r. 1921 miały znikomą frekwencję, tak, że zdawało się, iż idą do zaniku; wypadki masowych zachorowań na tyfus osutkowy w okolicach położonych na wschód i zachód od Lwowa, gdzie stwierdzono z wszelką dokładnością zawleczenie epidemji przez uchodźców z Rosji sowieckiej, zaniepokoiły czynniki powołane do walki z epidemją. Postanowiono tedy — utworzyć na wchodniej granicy Państwa szereg stacji odbiorczych dla uchodźców, a mianowicie w: Brodach, Podwołoczyskach, Skałacie, Skale, Okopach św. Trójcy i Husiatynie. Stacje te jednak, wskutek nie dającego się technicznie przeprowadzić zamknięcia granicy, nie miały żadnej pracy, ponieważ uchodźcy przechodzili granicę o kilka kilometrów dalej, aby uniknąć przykrej kwarantanny i urzędowej kontroli władz sowieckich.

Stacje te zwinięto już w lutym 1921 r. Szczelniejsze zamknięcie granicy Polski z oznaczeniem punktów odbiorczych w Baranowiczach, Równem i Kowlu nie sprowadziło także sprawy reemigracyjnej na normalne tory; skutkiem bowiem przepełnienia trzeba było skierowywać repatrjantów do punktów znacznie oddalonych (do takich stacji zaliczono i Lwów) bez przeprowadzenia odwszenia ludzi, odkażenia rzeczy i sprawdzenia stanu zdrowia. W ten sposób powstało tysiące groźnych źródeł, z których epidemja w każdej chwili na kraj cały może się rozlać.

Zarządzenia, które mogłyby poprawić istniejące warunki, rozpadają się na dwie kategorje: A) ogólne i B) lekarskie.

Pod względem ogólnym należy:

1) uruchomić, o ile możności, stacje odbiorcze tylko w okolicach nadgranicznych, tworząc nowe i rozszerzając istniejące już placówki do znaczniejszych rozmiarów;

2) spowodować, aby urzędy, które mają obowiązek zaopatrywania tych instytucji w materjały techniczne i sanitarne, działały sprawniej;

3) uruchomić i doprowadzić do porządku placówki »Jura«, zremontować aparaty kąpielowe i do odkażania, odczyścić ich lokale i urządzić komory dezinfekcyjne sinowodorowe;

4) zarządzić, by pociągi uchodźcze szły jako pośpieszne, by były w drodze zamknięte i miały wozy sanitarne i kuchnie;

5) zamknąć tereny gdzie się umieszcza repatrjantów na czas odosobnienia kwarantannowego.

Pod względem lekarskim:

1) Rozszerzyć pojemność istniejących szpitali zakaźnych;

2) przeprowadzać na stacjach odbiorczych bezwarunkowe badanie lekarskie wszystkich repatrjantów celem oddzielenia zdrowych od chorych;

3) w miejscach, gdzie jest kilka szpitali, umieszczać chorych jednego typu w jednym z nich;

4) powołać znaczniejszą ilość lekarzy, na podstawie umów lub świadczeń na rzecz N. N. K.;

5) przeprowadzać odkażenie i odwszenie wszystkich repartjantów natychmiast po ich przybyciu.

Wobec nadsyłania reemigrantów do Lwowa Expozytura Naczelnego Nadzwycz. Komisarjatu dla spraw walki z epidemjami wydała następujące zarządzenia:

1) Otwarto i urządzono odpowiednio szpital zakaźny na 120—200 łóżek przy ul. Arciszewskiego, w budynku uzyskanym od wojska, ale tylko do 15. marca b. r. Po upływie tego czasu musi być szpital ten w innym budynku pomieszczony, gdyż pawilony zakaźne szpitala powszechnego są stale przepełnione;

2) dla szpitala Stacji Emigracyjnej we Lwowie, wydano bieliznę, a obecnie udzielono potrzebnej pomocy przy odkażaniu repatrjantów;

3) poczyniono potrzebne kroki, by do Lwowa nie nadsyłano repatrjantów zawszonych i bez przepisanej kwarantanny oraz odczyszczenia w punktach wchodowych;

4) pomieszczenie w barakach »Jura« we Lwowie za-

adaptowano tak, by pobyt w nich był znośniejszy i by odczyszczonych repatrjantów można oddzielić od nieczystych;

5) byłoby wskazane, by większe partje repatrjantów nadsyłane do Lwowa, można było umieszczać poza Lwowem np. w koszarach ofiarowanych na ten cel przez wojsko w Tomaszowie Lubelskim;

6) otwarto stację Urzędu Emigracyjnego w Tarnopolu i zaopatrzono ją w odwszalnię i dezynfektory. Stacja ta pomieścić może około 1000 repatrjantów i obsługiwać będzie punkty graniczne: Podwołoczyska, Tarnorudę, Skałat i inne nad Zbruczem położone;

7) uzyskano potrzebne kredyty z funduszów Ligi narodów na remont zniszczonych wojną a obecnie zupełnie nieczynnych szpitali powszechnych, położonych wzdłuż wschodniej granicy Państwa, a to: w Husiatynie, Skałacie, Buczaczu, Horodence i pawilonu zakaź. szpitala powsz. w Zaleszczykach.

Zarządzenia powyższe, obejmujące województwa lwowskie, tarnopolskie i stanisławowskie, energicznie i sprężyście wykonane, ochronią bez wątpienia i tym razem od grozy epidemji tę już tak bardzo rozmaitemi nieszczęściami nawiedzoną część kraju.

Z. Krukowski. Lwów.

Kilka liczb co do chorobliwości i śmiertelności wśród repatrjantów, przebywających we Lwowie.

Repatrjanci z Syberji przybyli do baraków lwowskich dnia 7. grudnia u. r. Liczba ich wynosiła 506 osób; w tem było 127 mężczyzn, 140 kobiet i 239 dzieci. Oprócz Sybiraków na Etapie Urzędu Emigracyjnego znajdowali się uchodźcy z Ukrainy z za Zbrucza w liczbie 252 osób, w tem 133 mężczyzn, 78 kobiet i 41 dzieci; przybyli oni wcześniej.

Od chwili przybycia Sybiraków do dnia 15. stycznia b. r. do szpitala U. E., jako chorych, zgłosiło się 419 osób, w tem 388 Sybiraków i 31 uchodźców. Z ogólnej liczby chorych odesłano do innych szpitali 205 osób, z tego 71 osób do szpitala wojskowego, a 134 osób do państwowych pawilonów zakaźnych. Z liczby odesłanych do szpitala wojskowego było zachorowań: na dur osutkowy 59 przypadków, na dur brzuszny 2, dur powrotny 1, czerwonkę 1, na różne inne choroby 8. Z tej liczby zmarło: mężczyzn 11, kobiet 1, dzieci 1 — razem 13 osób.

Pawilony zakaźne przyjęły 160 osób: z baraków 134 osób, resztę bezpośrednio z dworca kolejowego i ochronki dla dzieci Sybiraków. W tej liczbie było zachorowań: na dur osutkowy 49 przypadków, dur brzuszny 15, dur powrotny 70, czerwonkę 2, płonicę 5, odrę 3, zapalenie opon mózgowych 1, na inne choroby 7, zmarło przed rozpoznaniem 8 osób.

Z ogólnej liczby zmarło: 1 mężczyzna, 10 kobiet, 33 dzieci — razem 44 osób.

W szpitalu Urzędu Emigracyjnego w ambulatorjum porad udzielono 1332. Stale leczono chorych 214 osób. W tem zachorowań było: na dur osutkowy 12, dur brzuszny 9, dur powrotny 68, czerwonkę 7, odrę 23, influenzę 29, błonicę 1, wiatrówkę 1, na inne choroby 62, przyniesiono w agonji — 2 przypadki. Zmarło: 2 mężczyzn, 5 kobiet, 28 dzieci — razem 35 osób. Pozatem zmarło bezpośrednio w barakach 10 dzieci, u których sekcja wykazała: w 8 przypadkach dur powrotny, w 1 płonicę i w 1 błonicę.

Ogółem wśród Sybiraków i uchodźców było zachorowań: na dur osutkowy 120, dur brzuszny 26, dur powrotny 147, czerwonkę 10, płonicę 6, odrę 26, influenzę 29, błonicę 2, wiatrówkę 1, zapalenie opon mózgowych 1, na inne choroby 77, dostawiono w agonji 10 — razem 455 przypadków. Z ogólnej liczby zmarło: 14 mężczyzn, 16 kobiet, 72 dzieci — razem 102 osób. Z tego Sybiraków: 13 mężczyzn, 13 kobiet, 72 dzieci, razem 98 osób. 4 osoby zmarły z pośród personalu sanitarnego szpitala Urzędu Emigracyjnego. — 98 przypadków śmiertelnych z partji Sybiraków stanowi 19.4% ogólnej ilości przybyłych osób, a 24.6% ogólnej ilości zachorowań Sybiraków. 31 przypadków zachorowań z pośród uchodźców z Ukrainy skończyło się szczęśliwie.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że uchodźcy z Ukrainy przybywali w ciągu całego ubiegłego roku, a jednak od stycznia zeszłego roku zachorowań zakaźnych (oprócz kilku przypadków odry) na barakach nie było, choroby zaś zakaźne zjawiły się, i to masowo, dopiero z chwilą przybycia Sybiraków, to możemy wnioskować, że Małopolska wschodnia a więc i Lwów, ze strony Ukrainy są stosunkowo bezpieczne, a główna plaga epidemji grozi nam z środkowej Rosji, skąd łatwo może być zawleczoną przez Baranowicze.

Memorjał lwowskiego Towarzystwa lekarskiego w sprawie repatrjacji.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie, jednoczące w sobie lekarzy Lwowa, po wysłuchaniu szczegółowych referatów, przedłożonych przez odpowiednich fachowców. a dotyczących ujemnych stron higjenicznych i społeczno-lekarskich naszej repatrjacji, nie wdając się w krytykę dotychczasowych zarządzeń, na posiedzeniu naukowem w dniu 27. stycznia 1922 r. uchwaliło wysłać do odpowiednich władz niniejszy memorjał z następującemi postulatami:

1) Zarządzenie bezwzględnej i odpowiednio długiej kwarantanny repatrjantów w miejscach wchodowych na granicach Rzeczypospolitej.

Ze stanowiska higjeny i epidemjologji niedopuszczalne jest bowiem przepuszczanie nieodkażonych i niekontumowanych repatrjantów w głąb kraju, bezwzględnie błędnem jest kwarantannowanie ich w centrum państwa, a wprost karygodnem jest przesyłanie nieodkażonych, pozornie zdrowych a zakażonych do większych zbiorowisk ludzkich, t. j. miast, jak to miało miejsce z transportem Sybiraków, który przybył do Lwowa dnia 7. grudnia 1921 roku. Dla ilustracji wystarczy przytoczyć statystykę, która wykazała, że z grupy 7-mej Sybiraków i uchodźców z za Zbrucza do 8 dni już część zachorowała na dur powrotny, osutkowy i inne choroby zakaźne; wogóle zachorowało 455, zmarło 102. Dodać należy, że niebawem w najbliższem sąsiedztwie baraków wykazano świeże ogniska epidemji duru osutkowego, w których został stanowczo stwierdzony związek z ogniskiem zakaźnem w barakach sybirackich.

2) W razie bezwzględnej niemożności przeprowadzenia kwarantanny repatrjantów w punktach granicznych, urządzenie miejsc kwarantannowych w najbliższem sąsiedztwie granic Rzeczypospolitej, i to na obwodzie miasteczek lub wsi, gdzie znajdą się odpowiednie na ten cel powojenne magazyny, koszary wojskowe, obozy jeńców i t. d.

Rozmieszczenie grup, podlegających kontumacji, i to w małych środowiskach ludzkich, umożliwia w razie wybuchu epidemji jak najprędsze umiejscowienie i powstrzymanie dalszego rozwoju epidemji. Wielkie miasta nie nadają się zupełnie jako punkty kontumacyjne, zwłaszcza wobec nieprzygotowania ich na zwalczanie większych epidemji.

3) Restytucja wojną zniszczonych szpitali, względnie budowa tymczasowych w okresie letnim we wschodnim pogranicznym pasie Państwa, celem utworzenia z nich szpitali dla chorób zakaźnych. Ze stanowiska lekarskiego niedopuszczalne jest przesyłanie zakaźnie chorych repatrjantów w głąb kraju i umieszczanie ich w szpitalach zakaźnych większych miast Rzeczypospolitej.

4) Celem ułatwienia masowego odkażania repatrjantów i ewentualnych ognisk zakaźnych z nimi związanych, wskazanem byłoby reaktywowanie kolumn dezynfekcyjnych i wojskowych, tak zasłużonych przy zwalczaniu epidemji, pociągów kąpielowo-dezynfekcyjnych.

5) W związku z długotrwałą repatrjacją zachodzi możliwość ponownego wybuchu kraj nasz niszczących epidemij, jak duru osutkowego, prawdopodobnie cholery, może i dżumy, konieczne tedy jest już obecnie urządzenie nowych lub powiększenie istniejących po większych miastach szpitali zakaźnych. W tej myśli Lwowskie Towarzystwo lekarskie domaga się bezwzględnie od Rządu dotrzymania zobowiązań, przekazanych przez były Wydział krajowy Królestwa Galicji, a dotyczących wykończenia dalszych pawilonów zakaźnych Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

6) Ze względów miejscowych, oceniając niedomagania budżetowe miasta Lwowa, zwraca się Lwowskie Towarzystwo lekarskie do Rządu o wydatne poparcie finansowe miasta celem:

a) rozszerzenia domu izolacyjnego (dzisiejszy zdoła pomieścić z trudem 16 osób);

b) odnowienia i szerokiej rozbudowy kąpieli ludowych;

c) stworzenia nowego zakładu dezynfekcyjnego, gdyż dzisiejszy uręga najprostszym zasadom hygjeny.

7) Lwowskie Towarzystwo lekarskie uważa za odpowiednie poruszenie przy tej sposobności sprawy dotyczącej wszystkich szpitali Rzeczypospolitej Polskiej, t. j. ich niedomagań przedewszystkiem pod względem urządzeń kąpielowych, potrzebnych w chwili przyjęcia chorego, szczególnie zaś pod względem zupełnie niedostatecznego zaopatrzenia w bieliznę, jak i materjału sanitarnego, co znów nie może być obojętnem przy zwalczaniu epidemji wogóle. Nadto Lwowskie Towarzystwo lekarskie musi pod-

nieść, że w szpitalach państwowych brak jest oddziałów dla zakaźnie chorego dziecka.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie przedkładając powyższy memorjał, sądzi, że rezolucje te, jako wyraz opinji ogółu lekarzy lwowskich, zostaną odpowiednio rozważone, zwłaszcza, że dyktowane są myślą o niebezpieczeństwie ze strony grożących epidemij.

Sprawy zawodowe.

Uwagi w sprawie nowej ustawy o izbach lekarskich.

Ustawa o izbach lekarskich, jaka obowiązywała pod zaborem austrjackim, w krótkim stosunkowo czasie okazała się niewystarczającą, i z tego powodu na corocznych zjazdach Izb lekarskich domagano się jej zmiany. Redakcję nowej ustawy poruczono osobnemu komitetowi, wybranemu z łona poszczególnych Izb. Po gruntownych, kilka lat trwających, naradach i rozpatrywaniu rozmaitych projektów, powstał ostateczny projekt t. zw. ordynacji lekarskiej, obejmujący przepisy o reprezentacji zawodowej i o obowiązkach i prawach zawodu. Projekt ten przedłożono Radzie Państwa po poprzedniem rozpatrzeniu przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, które poczyniło w projekcie pewne zmiany natury prawniczej, na które Izby lekarskie się również zgodziły. Uchwaleniu ustawy przeszkodził wybuch wojny.

Projekt ustawy o Izbach i o wykonywaniu praktyki, który Izba lwowska przedłożyła zebraniu delegatów zrzeszeń lekarskich w Warszawie w dniu 26 kwietnia 1919, i który przez to zebranie został przyjęty, wzorował się na projekcie na wstępie wymienionym. Zdaniem bowiem Izby, projekt ten, jako owoc długoletniego doświadczenia, poznania w praktyce życia braków, jakie zawierała dotychczas obowiązująca ustawa, i jako wynik studjów najlepszych znawców medycyny społecznej, usuwał istniejące luki i stanowił logiczną całość, zastosowaną do potrzeb zawodu.

Powyższy projekt Izba lwowska przedstawiła Sejmowi. W sejmowej komisji zdrowia uległ on jednak w ciągu dwóch lat zasadniczym zmianom, co spowodowało, że obie Izby lekarskie, lwowska i krakowska, starały się w licznych przedstawieniach, wysyłanych do Sejmu i komisji zdrowia, zwrócić uwagę na konieczność usunięcia wprowadzonych zmian, jako już to dla zawodu niekorzystnych, już to nie dających się w praktyce zastosować. Niestety jednak głos nasz nie został uwzględniony i utrzymała się koncepcja komisji zdrowia. Należy z żalem stwierdzić, że zainteresowanie się ustawą wśród posłów sejmowych było bardzo małe, a memorjały i petycje obu Izb nie potrafiły obudzić w nich zajęcia się sprawą i najprawdopodobniej nieczytane utonęły w koszu.

Ze zmian poczynionych przedewszystkiem rozdzielono przepisy o reprezentacji i t. zw. ordynacji zawodowej na dwie osobne ustawy; zdaniem naszem rozdział ten nie jest niczem usprawiedliwiony, zwłaszcza że dążeniem kół lekarskich było skupić wszystko, co się odnosi do wykonywania zawodu, w jedną nierozdzielną, a logicznie związaną całość, na czem niewątpliwie zyskiwała przejrzystość ustawy.

Nowy podział organizacyjny w praktyce natrafi na trudności, których ustawa nie rozwiązuje. Według tego podziału Izbę lekarską tworzą wszyscy w jej okręgu zamieszkali lekarze; to ciężkie ciało ma być powołane do wszelkich uchwał zasadniczych, wymiaru opłat i t. d. Przyszłość okaże, jak dalece utrudni to normalne funkcjonowanie Izb. Zwoływanie bowiem zgromadzeń lekarzy z całej części kraju, prawomocnych, jest w praktyce niewykonalne, a zgromadzenia takie z czasem zredukują się do obecności kilku członków. Stanowczo za obszernem ciałem są rady Izb lekarskich, które minimalnie mają liczyć 20 tu członków, przy liczbie 200 członków Izby; członkowie rady będą musieli zbierać się conajmniej dwa razy do roku, co spowoduje wysokie koszta podróży i djet i podwyższy znacznie opłaty roczne. Skomplikowany jest artykuł 22, tyczący się czasu trwania urzędowania członków zarządu, a pomysł losowania połowy co roku wprost niefortunny; tok i ciągłość prac w Izbie wymaga należytego zaznajomienia się z nimi, i co z tem jest w związku odpowiedniego czasu — wszakże praktyka wykazała, że trzyletni okres był za krótki i słusznie żądano rozszerzenia jego na lat. pięć. Arytmetyka wyborcza zawikłana każe wybierać połowę co roku przy nieparzystym składzie zarządu, i w rezultacie prowadzi do tego, że niektórzy członkowie będą urzędowali przez rok, inni przez dwa lata. Jest rzeczą oczywistą, że krótka kadencja i podział urzędowania sparaliżują normalny tok czynności. Podział ten w zastosowaniu do rady honorowej utrudni załatwienie czynności, które wymagają bardzo często żmudnych i długich rozpatrywań, jeśli w wyniku swym przez zbyt pospieszne działanie nie mają wyrządzić krzywdy.

Terytorjalny podział Izb według województw, możność tworzenia jeszcze mniejszych terenów (Izb okręgowych) nieodpowiada naszym interesom zawodowym; im większy bowiem obszar terytorjalny Izby obejmują, tem więcej zyskuje na tem jednolitość załatwiania spraw zawodowych i powaga reprezentacji na zewnątrz.

Instytucją zupełnie nową jest naczelna Izba lekarska. Stworzono przez to ciężkie i zbyt kosztowne ciało (z każdej Izby wojewódzkiej jeden delegat na 200-tu członków), którego koszta podróży będzie musiał opłacać ogół lekarzy, a które wyposażone w zbyt szerokie atrybucje, stworzy dla równorzędnej dotychczas reprezentacji zawodowej rodzaj drugiej instytucji, nadzorującej czynności poszczególnych Izb. Niewiadomo, jakimi motywami kierowali się autorowie tego pomysłu: nadał on formę rzeczywistości temu, przeciw czemu broniliśmy się skutecznie w byłej Austrji, której dążeniem było stworzenie centralnego organu nad Izbami, w każdym razie jednak we formie bardziej autonomicznej od tego, co nas obecnie spotkało.

Przyjęty z naszego projektu artykuł o wiecach Izb lekarskich, instytucji autonomicznej, powstałej ze swobodnej inicjatywy Izb i wolnego wyboru, a mającej na celu porozumiewanie się w sprawach wspólnych cały ogół lekarski obchodzących, bez prawa narzucania powziętych uchwał poszczególnym Izbom, czyni z niej organ, którym dysponować i o jej składzie i działaniu decydować ma odtąd naczelna Izba lekarska, a nawet rząd.

Z projektu naszego przyjęte zostało postanowienie o strzeżeniu praw i interesów stanu i prawo zakładania instytucji zabezpieczających lekarzy na wypadek choroby i wdowy i sieroty po lekarzach na wypadek śmierci lekarza. Należy z uznaniem podkreślić zatrzymanie tego postanowienia w ustawie.

W łonie Izby lwowskiej istnieje już od lat 20-tu kasa chorych lekarzy, a od lat czterech kasa pensyjna dla wdów i sierót po lekarzach; nabierają one ustawowej powagi i będą mogły wymagać od lekarzy w miejsce dobrowolnego, obowiązkowego wpisywania się do tych instytucji. W ustawie o w y k o n y w a n i u p r a k t y k i żałować wypada, że nie został uwzględniony proponowany przez nas obowiązek wpisania się lekarza do Izby przed rozpoczęciem praktyki, jak to jest w Izbie adwokackiej. W ten tylko sposób możliwe jest utrzymanie ewidencji i zaradzenie temu, by całe mnóstwo lekarzy nie uchylało się przez szereg lat od wpisu, jakto dotychczas miało miejsce. Wprowadzony w miejsce tego obowiązek zarejestrowania się i możność rozpoczęcia praktyki dopiero po uzyskaniu pisemnego uprawnienia ze strony Ministerstwa, załatwia rzecz biurokratycznie, utrudni lekarzom rozpoczęcie praktyki, w wielu przypadkach spowoduje niepotrzebną zwłokę, a nawet zgoła możliwość szykany, jakto już mieliśmy sposobność stwierdzić w tym krótkim czasie po ogłoszeniu ustawy.

Naszem zdaniem o wiele prostszym był obowiązek wpisania się i zgłoszenia w Izbie, a następnie zawiadomienia o tem przez Izbę władzy administracyjno - sanitarnej.

Przepis o używaniu tytułu doktora przez tych, którym tego tytułu nie dał Uniwersytet, był dla obu Izb małopolskich niezrozumiałym. Słusznie Wydział lekarski Uniwers. Jagiell. określił w swoim memorjale to postanowienie jako nieistniejące w całym świecie cywilizowanym, a zarazem sprzeczne z zasadniczemi pojęciami o studjach wyższych. Przepis ten wywołał energiczny protest ze strony obu Izb lekarskich, gorący swój protest łagodzi obecnie Izba krakowska zrozumiałą teraz lojalnością wobec kolegów z Królestwa

Przeciw postanowieniu o przymusowej służbie cywilnej na wypadek epidemji w stylizacji przyjętej przez komisję zdrowia wnosiła Izba lekarska dwukrotnie bardzo energiczny protest. W projekcie przez Izbę przedstawionym miał on brzmienie następujące: „Ministerstwo zdrowia może zobowiązać lekarzy do użycia ich w publicznej służbie zdrowia na wypadek nadzwyczajnych stosunków, jeżeli do tego zmuszą względy zdrowotne, zwłaszcza potrzeba zwalczania chorób zakaźnych. Zarządzenie takie wyda Ministerstwo zdrowia po wysłuchaniu opinji odnośnej Izby lub wiecu Izb. Za te czynności należeć się będzie lekarzom osobne wynagrodzenie ustalone w porozumieniu z Izbami lekarskiemi". Postanowienie tej treści miało na celu ujęcie w ramy ustawy praktyki zwyczajowej, t. j. unormowania wykonywanego przez lekarzy obowiązku zwalczania epidemji, szczepień ochronnych, delegacji i ustalania za te czynności wynagrodzenia w porozumieniu i na podstawie opinji Izby. Konieczność ustawowego uregulowania tego obowiązku uznały wszystkie Izby, a i krakowska Izba za tej treści stylizacją postanowienia głosowała, a tem samem słuszność jego uznała.

Z projektu, mającego chronić interesy lekarzy, wyłoniła się treść całkiem inna.

W artykule 21 jest mowa o ogłaszaniu cennika poborów przez urząd wojew. Projekt nasz w artykule 38 postanawiał, że prawo ustanawiania taryfy przysługuje Izbie lekarskiej; stanowisko to staraliśmy się obronić w memorjałach wnoszonych do komisji zdrowia, jednakże bezskutecznie.

Przeciwko już uchwalonej ustawie wnieśli na ręce Izby lekarskiej we Lwowie protest lekarze wolno praktykujący powiatu sanockiego, lekarze pow. sandomierskiego, pow. rzeszowskiego, łańcuckiego, strzyżowskiego i kolbuszowskiego, lekarze obwodu ostrowieckiego i łuckie koło lekarzy.

Obowiązkiem nowowybranych Izb, będzie dążyć w drodze ustawodawczej do usunięcia niedomagań ustawy i wprowadzenia zmian, koniecznych w interesie zawodu i w myśl życzeń kół lekarskich.

Papée.

W sprawie kursów dla lekarzy.

Z kilku stron Państwa otrzymała Redakcja „Polskiej Gazety lekarskiej" równocześnie listy od szeregu kolegów, bądź z zapytaniem, czy i kiedy odbędą się w Krakowie lub we Lwowie kursy dla lekarzy na wzór kursów urządzanych przed wojną na obu tych Wydziałach lekarskich, bądź z domaganiem się, aby kursy takie powstały i powtarzały się w stałych odstępach czasu, podobnie jak to się dzieje wszędzie za granicą. Jeden z kolegów w liście swym podkreśla, że kursy takie są potrzebne „zwłaszcza obecnie, kiedy umysł, wyjałowiony długą wojną, tak bardzo pożąda pogłębienia nabytych wiadomości".

Podniesione żądanie jest bardzo słuszne i na czasie i mamy nadzieję, że wszystkie nasze Wydziały lekarskie uniwersyteckie zorganizują kursy. Czas byłby zaś rozpocząć już teraz przygotowania, by pierwsze kursy odbyć się mogły w czasie ferji Wielkanocnych tegorocznych.

Jak się dowiadujemy, Wydział lekarski U. J. K. we Lwowie uchwalił urządzić kursy dla lekarzy i to w drugiej połowie września br. Kursy te trwać będą dziesięć dni, a uwzględnione w nich będą przedewszystkiem najnowsze zdobycze z dziedziny medycyny praktycznej. R.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Prof. Dr. Tadeusz Browicz został mianowany profesorem honorowym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Lwów.

VII. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 24 lutego o godz. 6-tej w Poliklinice.

Kol. Węgrzynowski: Sprawozdanie lekarskie za rok 1921 z poradni Towarzystwa walki z gruźlicą.

Kolega Mosler: Stan walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem.

Kolega Wiczkowski. O wczesnem rozpoznaniu gruźlicy płuc.

Kol. Sabatowski. Polskie miejsca klimatoterapeutyczne gruźlicy.

Kol. Marcin Selzer. Luźne uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia gruźlicy na podstawie materjału z sanatorjum w Hołosku.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Towarzystwo lekarzy polskich b. G. zawiadamia swych członków z prowincji, że wkładka za I kwartał br. wraz z prenumeratą Polskiej Gazety lekarskiej wynosi 2000 Mk. i należy ją przesyłać pod adresem Skarbnika Towarzystwa Dr. Trzcienieckiego, Asnyka 1.

Kolegów zalegających z wkładką za IV kwartał 1921 w wysokości 1200 Mp. uprasza się o wyrównanie zaległości jak najrychlej.

Ze względu na wysokie koszta prenumeraty Kolegom zalegającym z wkładkami będzie musiała być wysyłka pisma wstrzymana. Koledzy, którzy wysłali prenumeratę za I-szy kwartał br. w kwocie 1800 Mp. wprost do Administracji pisma, zechcą pod adresem Skarbnika przesłać 200 Mp. jako uzupełnienie wkładki kwartalnej.

Poznań.

Instytut praktycznej psychologji. W Poznaniu powstał pierwszy w Polsce „Instytut Praktycznej Psychologji" urządzony na wzór zagraniczny, a mający na celu zwiększenie sprawności, jakoteż wydajności pracy, oraz zastosowanie psychotechniki w przemyśle i handlu. Do sfinansowania Instytutu w znacznej mierze przyczynił się Polski Bank Handlowy. Kierownikiem Instytutu jest dr. Kazimierz Radwan Pragłowski. Do zarządu należy dyrektor banku p. Piotr Zawadowicz. Prezesem Rady Nadzorczej jest dyrektor banku p. Antoni Doerman. Do komisji naukowej należą prof. uniw. dr. med. Paweł Gantkowski, prof. uniw. dr. fil. Stefan Błachowski, prof. uniw. dr. fil. Florjan Znaniecki i p. Nicefor Perzyński, naczelnik wydziału oświaty pozaszkolnej.

Zmarli.

Dr. Józef Krawczyk l. 33 w Zakopanem.

Dr. Marjan Konwerski w 38 r. życia w Baranowiczach z duru osutkowego. Dr. Konwerski był jednym z pierwszych pracowników kolumn epidemicznych Komitetu Książęco Biskupiego, zwalczających od r. 1915 pod kierunkiem prof. dr. Emila Godlewskiego zarazy, grasujące w Polsce. W pracy tej, narażając ciągle życie, uczestniczył dr. Konwerski bez przerwy, należąc do najdzielniejszych działaczy Nadzwyczajnego komisarjatu epidemicznego. Padł wreszcie ofiarą swego poświęcenia.

Dr. Mieczysław Rospędzikowski kapitan-lekarz, były asystent Sanatorjum dr. Dłuskiego, w 37 r życia w Tomaszowie Mazowieckim.

Dr. Teofil Rzepnikowski, lekarz, wybitny działacz społeczny, uczestnik powstania w roku 1863. zmarł w Zubowie (Wielkopolska), licząc 79 lat życia. Zmarły położył wielkie zasługi około zakładania Spółek zarobkowych obok ks. Wawrzyniaka i dr. Kusztelana.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Białostockie	Kieleckie	Krakowskie	Lubelskie	Lwowskie	Łódzkie	Poleskie	Stanisławowskie	Tarnopolskie	Warszawskie	Wołyńskie
za czas		26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921
Ospa	ch.	10 (2)	87 (31)	—	7 (2)	2 (0)	—	—	27 (7)	5 (0)	17 (5)	3 (0)
	ż.	1 (0)	—	—	2 (0)	1 (0)	—	—	1 (0)	—	—	—
Dur brzuszny	ch.	207 (13)	383 (23)	280 (48)	323 (9)	299 (50)	86 (og.21)	223 (33)	123 (13)	70 (7)	209 (19)	409 (14)
	ż.	21 (5)	41 (2)	8 (0)	24 (2)	16 (1)	26	4 (0	7 (4)	3 (0)	12 (5)	26 (0)
Dur osutk.	ch.	505 (41)	72 (4)	121 (18)	498 (27)	234 (39)	29 (og.1)	810 (77)	231 (22)	200 (24)	145 (6)	215 (18)
	ż.	43 (5)	1 (0)	3 (0)	27 (2)	5 (0)	21	17 (2)	24 (3)	6 (1)	6 (0)	24 (1)
Dur powrotny	ch.	959 (54)	22 (2)	5 (2)	512 (16)	62 (6)	7 (og.0)	152 (8)	11 (1)	18 (0)	2 (1)	371 (8)
	ż.	44 (0)	—	—	24 (0)	—	0	14 (3)	—	—	1 (0)	40 (0)
Czerwonka	ch.	28 (14)	19 (2)	174 (52)	16 (1)	57 (19)	3 (og.5)	31 (0)	3 (1)	—	7 (1)	21 (0)
	ż.	—	1 (0)	7 (1)	1 (1)	0 (2)	4	2 (0)	1 (0)	—	4 (0)	2 (0)
Płonica	ch.	132 (20)	136 (20)	271 (36)	123 (28)	973 (150)	17 (og.3)	61 (4)	433 (74)	118 (18)	110 (12)	163 (16)
	ż.	26 (1)	11 (0)	25 (2)	52 (5)	48 (8)	11	20 (1)	48 (7)	18 (1)	11 (2)	19 (0)
Błonica	ch.	23 (4)	24 (6)	19 (2)	20 (9)	24 (8)	12 (og.8)	52 (6)	5 (0)	17 (2)	28 (0)	39 (4)
	ż.	4 (0)	3 (0)	7 (1)	9 (1)	2 (0)	9	25 (0)	2 (0)	1 (0)	1 (0)	5 (0)
Odra	ch.	203 (8)	358 (4)	142 (7)	121 (6)	520 (25)	6 (og.0)	66 (0)	25 (0)	128 (1)	106 (1)	40 (9)
	ż.	53 (2)	13 (0)	1 (0)	21 (1)	8 (1)	1	11 (0)	—	1 (0)	14 (0)	16 (1)
Krztusiec	ch.	5 (0)	1 (0)	2 (0)	9 (0)	51 (5)	3 (og.0)	30 (0)	2 (5)	—	3 (0)	33 (0)
	ż.	1 (0)	1 (0)	—	2 (0)	—	2	3 (0)	1 (0)	1 (0)	3 (0)	3 (0)
Zimnica	ch.	7 (1)	1 (0)	1 (0)	2 (0)	1 (0)	—	62 (0)	—	—	2 (0)	53 (0)
	ż	1 (0)	—	—	3 (0)	—	—	4 (0)	—	—	—	2 (0)
Gruźlica	ch.	8 (9)	9 (5)	0 (77)	39 (6)	48 (144)	0 (107)	10 (3)	3 (34)	18 (13)	28 (34)	7 (0)
	ż	0 (1)	1 (0)	0 (6)	4 (3)	3 (16)	0 (31)	1 (0)	2 (6)	4 (4)	1 (1)	1 (0)
Nagminne zapalenie opon	ch.	1 (0)	1 (0)	3 (0)	1 (2)	—	—	0 (2)	1 (1)	—	4 (0)	3 (0)
	ż.	—	1 (0)	2 (0)	—	1 (1)	—	1 (1)	—	—	—	—

Warszawa miasto za czas od 26 XI do 31 XII 1921. Dur brzuszny ch. 49 (18) ż. 13 (0). — Dur plamisty ch. 95 (4) ż. 14 (1). — Dur powrotny ch. 84 (1) ż. 12 (0). — Czerwonka ch. 14 (2) ż. 2 (0). — Płonica ch. 147 (26) ż. 22 (4). — Błonica ch. 14 (3) ż. 11 (2) — Odra ch. 70 (13) ż. 8 (3). — Krztusiec ch. 13 (1) ż. 1 (0). — Gruźlica ch. 78 (122) ż. 14 (19). — Nagminne zapalenie opon ch. 4 (2) ż. 3 (2).

Kraków miasto za czas od 26 XI do 31 XII 1921. Dur brzuszny og. 42 (6). — Dur osutkowy og. 20 (3) — Dur powrotny og. 5 (1). — Czerwonka og. 7 (3). — Płonica og. 67 (7). — Błonica og. 20 (1).

Ch = chrześcijanie ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.

Konkurs.

Dyrekcja szpitala lwowskiej Gminy wyznaniowej izraelickiej rozpisuje niniejszem konkurs na cztery posady sekundarjuszy w tutejszym szpitalu. Podania na powyższe posady, zaopatrzone w stempel na 10 Mkp., należy przesyłać na ręce **Dyrekcji szpitala** najdalej do dnia 25. lutego b. r. przy dołączeniu następujących dokumentów:

1) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich.
2) Dowodu posiadania obywatelstwa polskiego.

O bliższych warunkach można się dowiedzieć w kancelarji Dyrektora codziennie od godziny 12 do 12·30 w południe.

Dr. MEISELS
Dyrektor szpitala.

Fabryka narzędzi chirurgicznych, przyborów szpitalnych i lekarskich

HIPOLIT AMBER, Warszawa

Skład i biuro Marszałkowska 139 wprost bramy I piętro, telefon: 230—23

FABRYKA, Wronia 24

Poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia chirurgiczne, strzykawki, igły do skrzykawek, chirurg. i t. p.

Reparacja i odnawianie wszelkich narzędzi.

Wykonywanie zamówień podług wzorów i rysunków.

Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego, dawniej Magister Klawe, S. A.

22/24, KAROLKOWA l. 10, WARSZAWA.

Medicamenta biologica.
ORGANOTERAPEUTICA VARIA, ZYMAZA, OVO-LECITHINUM, VACCINAE BACTER.

Medicamenta ad injectionem subcut. sterilis.

Medicamenta naturalia.
SALIA MINER. EFFERVESCENT. in tablettis.

Medicamenta composita.
HEMOGEN, GOMETOL, HEMORIN, CARBOSAL, CARBOTAN, NASALIN, DYSENTEROL.

Medicamenta chemica pura.
CALCINA pura et synthetica, ARGOCOL (Arg. Colloidale), BOROTROPIN, CARBO LIGNI chem. pur., ICHTALBUMIN (Ichtalbin).

LITERATURA NA ŻĄDANIE GRATIS.

Zakłady chemiczne „LAOKOON“ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

WE LWOWIE, ul. Lindego 6.

III. Międzynarodowa wystawa farmaceutyczna Wiedeń 1913 — — Dyplom honorowy. — — Medal złoty.

Preparaty: Galeniczne, Chemiczne, Naukowe i płyny mianowane, Organozwierzęce, Dezynfekcyjne, Kosmetyczne, Weterynaryjne

Polecamy pierwszorzędnej jakości **preparaty fizjologicznie i klinicznie zbadane**, uznane przez pierwszorzędne powagi lekarskie polskie i zagraniczne.

Wszelkie wstrzykiwania podskórne, zbadane na jałowość przez Dyr. Instytutu bakterjologicznego prof. Kuczerę i polecone przez Towarzystwo lekarzy lwowskich. — Absolutna pewność jałowości

NEO-ALKARSODYLUM, **ALKARSODYLUM**, **GLYCARSODYL I. II. III.**, **NOVASTESINUM** — w ampułkach à 1 ccm. pudełko 10 fiol. 0.02

GLYCEROFOSFAT (calc. et. ferr.) w ziarnkach, pudełko 100 gr.

JODLYSIN 4% pepton jodu w rozczynie na peptonie naszej fabrykacji, stały skład.

KOLA granulae i **KOLA** pastylki

PIPERAZIN efferv. (słoik 100 gr.) zawiera 5% czystej piperazyny

PEPTOFERLYSIN, org. związek żelaza 1% przez nas otrzymany najbogatszy preparat żelaza rozczepia się w alkalicznej treści jelit nie wymaga djety, idealny w użyciu, flakon 40 gr.

ARSOFERLYSIN, organiczne połączenie żelaza i arsenu w postaci kropel

OPAGEN opii agentia alcaloida — pastylki à 0.001 alcaloidów opium i injekcje à 0.02

STROPHANTUS pastylki à 0.001 stophantyny, skład stałe.

STROPHANTUS sol. i Strophantinum injekcje 0·001

SULFOCOL, Syrup. sulfo-guajacoli comp.
„ „ „ z Kodeiną
„ „ „ z Kolą

Organozwierzęce preparaty:

MAMMID pastylki à 0.30, **MAMMID** injekcje 2 ccm. — preparaty z wymion

OVARID pastylki à 0.30 preparat z jajników

SPERMIN esencja, **SPERMIN** injekcje — preparaty z jąder

HYPOPHYSID injekcje, preparat z przysadki mózgowej.

THYREID pastylki à 0·25 prep. z grucz. tarczykowych.

Spermin essencja 40 gr. flakon i **Spermin Injekcje** 4 fiol. à 2 ccm. Roborans, tonicum, oraz w chorobach infekcyjnych przy wysokiej gorączce (injekcje) w zwapnieniu żył, zapaleniu stawów zniekszt., bledniey (w kombinacji z żelazem), influencji, podagrze, chorobach serca, spadku sił, uwiądzie starczym, newralgji, neurastenji, kile, schorzeniach stosu pacierzowego, tyfus, (injekcje) i impotencji. Liczne uznania.

Na żądanie wysyłamy literaturę. — — Upraszamy przy ordynacji wyraźnie stosować formułkę: Fabricationis „LAOKOON“

Żądać we wszystkich aptekach i nie przyjmować mniej wartościowych preparatów.

Zaproszenie do Subskrypcji!

Spółka wydawnicza lekarska

Spółka z ogr. odp.

Kraków — Lwów — Warszawa.

Pragnąc rozszerzyć łamy naszego pisma i oprzeć je na szerszej finansowej podstawie, postanowiliśmy utworzyć Spółkę z ogr. odp. która miałaby za zadanie wydawanie «POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ» oraz innych czasopism, odczytów, monografji, podręczników i dzieł naukowych. Kapitał Spółki wyniesie na razie 15,000.000 — Mp. rozłożonych na 1500 udziałów po 10.000 Mp.

Udziały zgłaszać mogą przedewszystkiem lekarze i organizacje lekarskie. Zgłoszenia na udziały prosimy przesłać deklaracji załączonej w poprzednim numerze, a gotówkę prosimy przesłać załączonym czekiem P. K. O. lub przekazać przez Bank Małopolski w Krakowie (Rynek), we Lwowie ul. 3-go Maja 10, w. Warszawie, ulica Marszałkowska 154 na rachunek **Spółki wydawniczej lekarskiej we Lwowie.**

Ostateczny termin zgłoszeń oznacza się na dzień 25 lutego 1922.

W dniu 5 marca odbędzie się organizacyjne Walne Zgromadzenie, wybór władz t. j. Rady Nadzorczej, Dyrekcji i t. d. Udziałowcy odpowiadają tylko swoimi udziałami i uczestniczą w zyskach przedsiębiorstwa od dnia 1-go stycznia 1922.

ZAŁOŻYCIELE:

Prof. Dr. St. Ciechanowski Kraków, Prof. Dr. M. Franke Lwów, Prof. Dr. K. Groer Lwów, Prof. Dr. W. Nowicki Lwów, Prof. Dr. A. Rosner Kraków, Dr. W. Szumlański Warszawa, Dr. J. Szmurło Warszawa, Dr. Cz. Stankiewicz Warszawa, Dr. B. Wojciechowski Kraków, H. Altenberg Lwów, E. Wende i Ska Warszawa, Tow. akc. «IGNIS» Warszawa.

UWAGA: Wszystkich Kolegów, którzy zgłosili w swoim czasie udziały dla Tow. akc. «IGNIS» w Warszawie, upraszamy uprzejmie ze względów formalnych o ponowne wypełnienie załączonej deklaracji.

Dr. Wład. Janowski, Dr. Jan Szmurło, Dr. Wit. Szumlański.

Warszawa, 1 lutego 1922.